الصحة النفسية
للعاديين وذوي الاحتياجات الخاصة

الدكتور

السيد كامل الشربيني منصور
الاستاذ المشارك (المساعد)
جامعتي قناة السويس والطائف

دار العلم و الإيمان للنشر و التوزيع

٣٧٠.١٥٢ منصور ، السيد كامل .
م ١٠

الصحة النفسية للعاديين وذوي الاحتياجات الخاصة / الدكتور السيد كامل الشربيني منصور .- ط١.- دسوق: العلم والإيمان للنشر والتوزيع .

٣٦٤ ص ؛ ١٧.٥ × ٢٤.٥سم .

تدمك : 3 –308 – 308 – 977 – 978

١. علم النفس التربوى. أ - العنوان .

رقم الإيداع : ١٠٧٩٣-٢٠١٤.

الناشر : دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع

دسوق - شارع الشركات- ميدان المحطة

هاتف : ٠٠٢٠٤٧٢٥٥٠٣٤١ - فاكس: ٠٠٢٠٤٧٢٥٦٠٢٨١

E-mail: elelm_aleman@yahoo.com
elelm_aleman@hotmail.com

2014

الفهرس

الموضوع	الصفحة
مقدمة الكتاب ----------------------------------	٧
الفصل الأول : مفاهيم أساسية في الصحة النفسية	٩
مقدمة --	٩
مفهوم الصحة النفسية ----------------------------	١٠
أهداف الصحة النفسية-----------------------------	١٩
خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية -----------	٢٠
الفصل الثاني أسباب الأمراض النفسية	٧٣
الأسباب الحيوية(البيولوجية)------------------------	٧٣
النظرية البنيوية---------------------------------	٧٤
الجهاز العصبي ----------------------------------	٧٥
الجهاز العصبي الجسمي ----------------------------	٧٧
الجهاز العصبي المركزي----------------------------	٧٨
الجهاز العصبي المحيطي أو الطرفي-------------------	٨٥
الفصل الثالث الاضطرابات العصابية	١١٣
العصاب---	١١٣
معدلات انتشار الاضطرابات العصابية لدي العاديين-------	١١٣
اضطراب القلق المعمم------------------------------	١٤٨
معدلات انتشار اضطراب انضغاط ما بعد الصدمات------	١٥١
معدلات انتشار الوسواس القهري----------------------	١٥٧
اضطرابات القلق لدي العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة--	١٦٦
الفصل الرابع : الاضطرابات المزاجية	٢٠١
تعريف الاضطرابات المزاجية -----------------------	٢٠١

الموضوع	الصفحة
تصنيفات الاضطرابات المزاجية ----------------------	٢٠٢
نوة الاكتئاب الأساسي -------------------------	٢٠٢
اضطراب الهوس ------------------------------	٢٠٦
معدلات انتشار الاضطراب الاغتمامي ----------------	٢١٠
الانتحار-----------------------------------	٢١٥
الفصل الخامس : الفصام و الاضطرابات الذهانية الأخرى	٢٣٥
الذهان ومعدلات انتشاره------------------------	٢٣٥
الفصام-------------------------------------	٢٣٧
البارانويا-----------------------------------	٢٥٢
الاضطرابات الذهانية وذوي الاحتياجات الخاصة--------	٢٥٣
الفصل السادس : اضطرابات الشخصية	٢٥٧
اضطرابات الشخصية البارانويدية أو الاضطهادية--------	٢٥٧
اضطرابات الشخصية شبه الفصامية----------------	٢٥٨
اضطرابات الشخصية المسمي بالطابع الفصامي ---------	٢٥٩
اضطرابات الشخصية الوسواسية - القهرية------------	٢٥٩
اضطرابات الشخصية الهستيرية--------------------	٢٦٠
اضطرابات الشخصية الاكتئابية-------------------	٢٦٢
اضطرابات الشخصية النرجسية--------------------	٢٦٢
اضطرابات الشخصية التجنبية--------------------	٢٦٣
اضطرابات الشخصية الاعتمادية-------------------	٢٦٤
اضطرابات الشخصية سلبية العدوان----------------	٢٦٤
اضطرابات الشخصية الحدية أو البينية--------------	٢٦٥

الموضوع	الصفحة
اضطرابات الشخصية المناهضة أو للمجتمع	٢٦٦
اضطرابات الشخصية القلقة	٢٦٨
الفصل السابع : الامراض النفسية والاجتماعية الأمراض السيكوسوماتية	٢٨١
مقدمة	٢٨١
أمراض الجهاز الدوري	٢٨٢
فرط ضغط الدم	٢٨٢
مرض الشريان التاجي	٢٨٣
اضطراب معدل ضربات القلب	٢٨٣
الذبحة الصدرية	٢٨٣
أمراض الجهاز التنفسي	٢٨٤
الربو الشعبي	٢٨٤
أعراض فرط التهوية	٢٨٤
أمراض الجهاز الهضمي	٢٨٥
قرحة المعدة	٢٨٥
التهاب القولون المخاطي	٢٨٥
الإمساك المزمن	٢٨٦
الإسهال المزمن	٢٨٦
أمراض الجهاز الغددي	٢٨٧
مرض السكر	٢٨٧
البدانة (السمنة المفرطة)	٢٨٧
زيادة نشاط الغدة الدرقية	٢٨٧

الموضوع	الصفحة
أمراض الجهاز البولي	٢٨٨
أمراض الجهاز العضلي	٢٨٨
آلام الظهر	٢٨٨
التهاب المفاصل الروماتزمي	٢٨٩
صداع التوتر العضلي	٢٨٩
أمراض الجلد	٢٨٩
ارتيكاريا	٢٩٠
حب الشباب	٢٩٠
الفصل الثامن بعض الاضطرابات النفسية	٢٩٣
اضطرابات الأكل	٢٩٣
اضطرابات الإخراج	٢٩٤
اضطرابات النوم	٣٠٩
الإدمان	٣١٨
المراجع	٣٢٥

مقدمة

الحمد لله الذي هدانا لهذا ، وما كنّا لِنَهْتَدِيَ لولا أن هدانا الله ، وما توفيقي ولا اعتصامي ، ولا توكّلي إلا على الله ، وأشهد أن لا إله إلا الله وحده لا شريك له إقراراً برُبوبيَّته ، وإرغاماً لمن جحد به وكفر ، وأشهد أنّ سيّدنا محمّدا صلى الله عليه وسلّم رسول الله سيّد الخلق والبشر ما اتّصلَت عين بنظر، وما سمعت أذنٌ بخبر اللّهمّ صلّ وسلّم وبارك على سيّدنا محمّد ،وعلى آله وأصحابه ،وعلى ذرّيّته ومن والاه ومن تبعه إلى يوم الدّين.

نبعت فكرة الكتاب من خلال تدريسي لمقرر الصحة النفسية لذوي الاحتياجات الخاصة بقسم التربية الخاصة بجامعة الطائف ، ومن خلال التنقيب في الكتب التي تناولت الصحة النفسية المتاحة ، وجدت أنها اقتصرت علي العاديين ، ولم أجد في ثنايا مفردات كتب الصحة النفسية إشارات أو تلميحات بينة عن طبيعة الاضطرابات النفسية والعقلية لدي ذوي الاحتياجات الخاصة ، هذا ما حفزني علي أن أقوم بالكتابة في هذا الموضوع الهام .

ويقع هذا الكتاب في ثماني فصول- يتناول الفصل الأول مفاهيم أساسية في الصحة النفسية ومعاييرها ومناهجها وأهدافها وخصائصها. التوافق النفسي وأبعاده ، والتوافق وذوي الاحتياجات الخاصة. والدوافع. الحاجات وتصنيفاتها الحاجات وذي الاحتياجات الخاصة. التوافق وحيل الدفاع النفسي ، حيل الدفاع النفسي وذوي الاحتياجات الخاصة.

ويعرض الفصل الثاني أهم أسباب الأمراض النفسية ويتضمن الأسباب الحيوية ، النظرية البنيوية ، والجهاز العصبي الجسمي ، والجهاز العصبي المحيطي أو الطرفي، والذاتي ، والغدد الصماء ، والنظريات الغذائية . أما الأسباب النفسية فتتناول الإحباط ، والصراع. الأسباب البيئية فتتناول العوامل الاقتصادية الاجتماعية والثقافية والحضارية ، والمدرسية ، ثم نعرض أخيراً للتفاعل بين الوراثة والبيئة وتعقد العوامل المسببة للمرض.

أما الفصل الثالث فيتناول معدلات انتشار الاضطرابات العصابية اضطرابات القلق وظيفته ، ومعدلات انتشاره ، وأعراضه ، وتشخيصه وأسبابه وعلاجه. توهم المرض : معدلات انتشاره وأعراضه ، وتشخيصه ، وأسبابه ، وعلاجه. الإنهاك النفسي : معدلات انتشاره . وأعراضه ، وتشخيصه ، وأسبابه ، وعلاجه.

ويختص الفصل الرابع بتصنيفات الاضطرابات المزاجية : نوبة الاكتئاب الأساسي ، اضطراب الهوس ، اضطراب الهوس الخفيف ، النوبة المختلطة الاضطراب

الاغتمامي ، اكتئاب أحادي القطب ، اكتئاب ثنائي القطب اضطراب دوري المزاج الاضطراب الوجداني الموسمي ، الانتحار ، معدلات انتشار الاضطرابات المزاجية ، تشخيص الاكتئاب ، النماذج المفسرة للاضطرابات المزاجية ، الوقاية من الاضطرابات المزاجية وعلاجها.

ويدور الفصل الخامس حول الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى الذهان ومعدلات انتشاره ، وأعراضه ، وأسبابه . الفصام ، وتصنيفاته ، وأعراض الفصام ، وتصنيفاته ، أعراضه ، وتشخيصه ، وأسبابه . البارانويا وأعراضها وتشخيصها ، وأسبابها وطرق علاجها ، الاضطرابات الذهانية وذوي الاحتياجات الخاصة .

أما الفصل السادس فيتناول مدي اضطرابات الشخصية ومحكات تشخيصها ، وأسبابها وعلاجها ، ومعدلات انتشارها .

ويعرض الفصل السابع الأمراض النفسية الجسمية(**السيكوسوماتية**) : أمراض الجهاز العصبي ، أمراض الجهاز التنفسي ، أمراض الجهاز الهضمي أمراض الجهاز الغددي ، أمراض الجهاز البولي ، أمراض الجهاز العضلي ، أمراض الجلد. معدلات انتشار الأمراض السيكوسوماتية وأعراضها وتشخيصها ، وأسبابها وعلاجها. معدلات انتشار الأمراض السيكوسوماتية وذوي الاحتياجات الخاصة .

ويتناول الفصل الثامن بعض المشكلات النفسية : اضطرابات الأكل من حيث التصنيف ، ومعدلات انتشارها ، وأسباب اضطرابات الأكل وعلاجها معدلات انتشار اضطرابات الأكل لدي ذوي الاحتياجات الخاصة . تصنيفات اضطرابات الإخراج ومعدلات انتشارها ، تصنيفات اضطرابات النوم ، ومعدلات انتشارها ، وأسبابها ، وطرق علاجها. الإدمان وأسبابه ومعدلات انتشاره وعلاجه .

د/السيد كامل الشربيني منصور
الطائف في ٢٠/٢/٢٠١٠
أستاذ الصحة النفسية والتربية الخاصة
المساعد (المشارك)
بجامعتي الطائف وقناة السويس

الفصل الأول :

مفاهيم أساسية في الصحة النفسية

مقدمة

يعيش الإنسان في الوقت الحاضر في عالم متغير وأصبح واقعاً تحت تأثير متغيرات كثيرة اجتماعية ، وثقافية ، واقتصادية . والإنسان في هذا يشعر بالاغتراب اغتراب عن نفسه واغتراب عن مجتمعه ، أنه يعيش في خوف ورعب ، وقلق متصل وتمزق ، ويعيش في تنافس مسعور يغشي حياته العملية والدراسية والاجتماعية والاقتصادية(عباس عوض، ١٩٧٧، ١).

وليس ثمة شك أن الصحة النفسية السليمة هي احدي الغايات السامية لعمليات التنشئة الاجتماعية والتربية ، لأن الشعور بالأمن والطمأنينة النفسية والايجابية ، والرضا والسعادة ، وتحقيق الذات ، من أهم مقومات الشخصية القوية الناجحة التي ننشدها ونبتغيها . لذا يسعي المرء للاستبصار بجوانب قصوره وضعفه ليعمل علي علاجها أو الحد من آثارها السلبية علي سلوكه ما أمكن ، مثلما يسعي للوعي بمواطن قوته كي ينميها ويستثمرها. ويحرص باستمرار علي تعلم مهارات وأساليب سلوك أكثر فاعلية تعينه علي تجاوز العقبات الشخصية من جانب ومطالب بيئته من جانب آخر(عبد المطلب القريطي ، ١٩٩٨ ، ١٥).

كما أن الصحة النفسية عامل رئيس للتفوق في التحصيل الدراسي والترابط الأسري ، وزيادة الإنتاج . فتمتع الطالب بالصحة النفسية يساعده علي تركز الانتباه ، وينمي دافعيته للانجاز ، وبيئته للإفادة من كل طاقاته في الدراسة والتحصيل ، وهذا ما جعل رجال التربية يولون أهمية كبيرة للعناية بصحة التلاميذ النفسية ، وجعلوها هدفاً أساسياً من أهداف التربية ، حيث لم تعد المدرسة الحديثة مكاناً لحشو عقول التلاميذ بالمعلومات ، بل أصبحت مكاناً لتربية نفوسهم وإصلاحها ، ووقايتها من الفساد والانحراف (محمد عودة ، كمال مرسي ١٩٩٤ ، ٧).

والصحة النفسية للمدرس ذات صلة وثيقة بالتوافق المهني ، ومن علامات الصحة النفسية للمدرس قدرته علي العمل والإنتاج ، وعقد صلات اجتماعية راضية وأن يكون قادراً علي ألا يفرض نفسه وشخصيته علي طلابه(عباس عوض ١٩٧٧ ، ٤٨-٤٩).

مفهوم الصحة النفسية

ليس من السهل وضع تعريف للصحة النفسية ، لأن هذا التعريف يرتبط ارتباطاً وثيقاً بتحديد معنى السواء واللاسواء في علم النفس ، لأن الحكم بالسوية أو اللاسوية علي سلوك ما تكتنفه بعض الصعوبات ، فالمحكات المستخدمة في هذا السبيل تتعدد وتتباين وليس بينها محك دقيقاً تماماً، كذلك فإن حالات الفرد تتباين من حيث المراحل العمرية ، بل من حيث المواقف التي يستجيب لها في حياته اليومية . ويزيد من تعقد الأمر تباين الثقافات من مجتمع إلي آخر مما يجعل مفهوم الصحة النفسية مفهوماً نسبياً(**علاء الدين كفافي، ١٩٩٠ ، ٧٦**).

وقبل أن نستعرض المفاهيم السلبية والايجابية للصحة النفسية نتناول مفهومي السوية واللاسوية ومحكات السوية واللاسوية علي النحو التالي:

السوية واللاسوية

السوية *Normality* السوية هي القدرة علي توافق الفرد مع نفسه ومع بيئته ، والشعور بالسعادة ، وتحديد أهداف وفلسفة سليمة للحياة يسعى لتحقيقها.

اللاسوية *Abnormality* اللاسوية هي الانحراف عما هو عادي والشذوذ عما هو سوي (**حامد زهران ، ٢٠٠٥ ، ١٠-١١**) .

ومعيار السوية تعبيراً عن التقاء الذاتي بالبيئي أي توافق الفرد مع البيئة إن السوية لا تفهم إلا بالرجوع إلي اللاسوية لأن الأخيرة هي الأساس فالطفل منحرف متعدد الأشكال (**تتفتح لديه جميع الاتجاهات**) (**صلاح مخيمر ١٩٧٩ ، ٢٩**).

والسواء والشذوذ مفهومان نسبيان ، لو نظرنا إليه من أي زاوية فالانحرافات عن أي معيار يستطيع الشخص تقبله يمكن أن تكون طفيفة لا تستحق الاهتمام ، أو قد تكون واضحة لا تدع مجالاً للشك بأنها ذات طبيعة شاذة ، إلا أنه لا يوجد قاطع بين ما هو سوي وما هو شاذ يمكن أن نعتبره حد مميزاً (**كوفيل وآخرون ، ١٩٨٦ ، ٤**).

والصحة النفسية لا يمكن فهمها إلا في ضوء المرض النفسي، **ويمكن القول بأن** المرض النفسي في جوهرة هو إخفاق في استقبال وتوافر وتمثل خصائص السلوك الصحي النفسي، كما أن دراسة المرض النفسي وتحليل أسبابه كان له أثر كبير في تحديد الخصائص التي يمكن الحكم في ضوئها علي الصحة النفسية وعلي عكس الشخصية الصحية نفسياً فإن الشخصية المريضة نفسياً كثيراً ما تعبر عن نفسها نظراً لعدم قدرة صاحبها علي الحكم فيما يصدر عنها من سلوك ، فضلاً عن اضطراب وظائفها في بعض الحالات إلي الحد الذي ينفصل صاحبها عن الواقع الذي يعيشه (**مصطفي خليل ،١٩٨٣، ٤٦**).

والشخص ذو الشخصية السوية لا يخلو تماماً من التوتر أو مشاعر الذنب ولكن هذه المشاعر لا تستحوذ عليه ولا تغمره ، فهو قادراً علي أن يكون حراً من سطوة قيودها أو علي مواجهتها بطريقة بناءة ، وفي معظم الأحوال يستطيع حل مشكلاته دون إخلال بتركيبه الداخلي. أما الشخص غير السوي أو الشخص سيء الصحة النفسية فتتملكه مشاعر الذنب في معظم الحالات وما يخبره من قلق ليس من النوع البناء ، وإنما هو من النوع الغامض والمعمم ، والمهدد لكل توازنه النفسي ، وهو لا يري طريقة واضحة لحل صراعاته ، وعدم القدرة تسلبه ثقته بنفسه واحترامه لذاته(**محمد جاسم ، ٢٠٠٩ ، ٧٨**).

معايير السوية واللاسوية :

يُعد السلوك سوي أو غير سوي وفقاً للمعايير التالية:

١- المعيار الذاتي *Subjective Criterion*

يحدد الفرد في هذا المعيار مجموعة من الأحكام أو المعايير(**عدة قيم ومبادئ واتجاهات مثلاً**) تكون بمثابة إطار مرجعي يحكم من خلاله علي السلوك فيما يتفق مع هذا الإطار يُعد عادياً وما لا يتفق يُعتبر شاذاً وغير عادي. وهذا المحك يستخدمه علماء النفس الإكلينيكيون بدرجة أكبر من استخدامهم لمنحي السلوك التكيفي. فمعظم الذين شخصوا كمرضي نفسيين يشعرون بالبؤس ، والقلق ، والانقباض والأرق ، وفقدان الشهية بالإضافة إلي أعراض مرضية مختلفة(**عبد الرحمن عدس نايفة قطامي ، ٢٠٠٢ ، ٢٨٣**).

إن الكبت وظهور الأعراض العصابية تؤدي إلي حالة توافق غير سوية يتم علي حساب وحدة الشخصية ، إن هذا الاتجاه يعتبر الحياة عملية مستمرة من النضال من قبل الفرد لإشباع حاجاته المختلفة في البقاء ، وتحقيق الذات والحصول علي الأمن والمعرفة وغيرها ، ولإقامة علاقات متناغمة مع الأوساط المادية والاجتماعية ، ويعتبر الفرد سوياً في سلوكه إن تكيف معها ، وإذا أجاد حل المشكلات التي تواجهه وعرف كيف يحلها ، وقام بإشباع حاجاته العضوية والنفسية. أما إذا بقي الفرد في صراع مع نفسه ، ومع من هم حوله ، وبقي يعاني من وجود مشكلات غير متكيفة لديه ، فإنه سيكون فريسة للمرض ، والاضطراب النفسي ، وسوف ينتابه القلق ، والخوف ، والشعور بالفشل ، والتعاسة (**سعيد حسني ، ٢٠٠٢-ب ، ١٩**).

ومن عيوب هذا المحك ما يلي :

١- هذا الأسلوب غير موضوعي لا سبيل إلي الاتفاق عليه . لأنه يتعدد بتعدد الأشخاص كما يختلف من شخص إلي آخر(عبد **المطلب القريطي ، ١٩٩٨ ٤٣**). فإذا كان

الفرد يحكم علي سلوكه بالنسبة لما يراه صحيحاً أو خاطئاً فكيف نصل إلي قوانين ومبادئ تنطبق علي كل البشر(**مفيد حواشين زيدان حواشين ، ٢٠٠٥ ، ٢٨٣**).

٢- كما أنه يهمل الفروق الفردية بين الأفراد في نمو الضمير، وتقبل معايير الجماعة ، وقيمها ، وما يترتب علي ذلك من فروق في الأحكام علي السلوك (**سعاد غيث ، ٢٠٠٦**).

٢- المعيار الاجتماعي *Social Criterion*

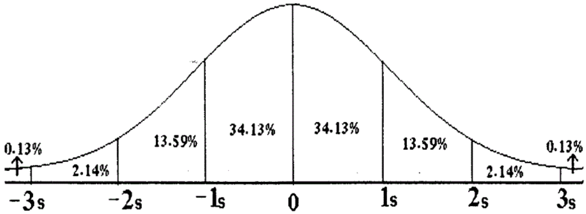
في هذا الأسلوب تتخذ المعايير الاجتماعية كمحدد للسلوك العادي، ويصبح السلوك العادي هو ما يتفق والمعايير الاجتماعية في مجتمع معين (**عبد السلام عبد الغفار، ٢٠٠٧ ، ٥٥**).

وقد أوردت بيندكت *Benedict* , 1934 عدد من الأمثلة لسلوك ينبغي اعتباره غير سوي في المجتمع الغربي ، علي حين يعد بصورة ايجابية موضع تقدير واحترام مجتمعات أخري . فاحدي قبائل الهنود الأمريكيين في كاليفورنيا المعروفة بالشاستا *Shasta* تطفي احترام علي كل من فارق الحياة وسط خبرات معينة من النشوة ، والابتهاج الغامر ، والانفصال الروحي عن الواقع المادي المحيط بهم(**كولز، ١٩٩٢ ، ٣٧**).

نقد المعيار الاجتماعي

يمكن نقد المعيار الاجتماعي في النقاط التالية:

١- المجتمع في بعض فترات الضعف قد يتسامح إزاء ألوان من السلوك كان يعارضها بحزم فيما مضي . كذلك تحدث هذه الظاهرة بصورة أكبر في إطار عملية التغير



الاجتماعي التي تعمل علي إضعاف قيم قائمة وإحلال قيم بديلة مكانها .

ومع مقاومة القيم القديمة وتحمس الأبناء للقيم الجديدة يكون ما هو مقبول عند الأبناء مرفوض عند الآباء ، وما هو سوي عند الآباء شاذ ولا سوي عند الأبناء (**علاء الدين كفافي ، ١٩٩٠ ، ١٧**).

٢- استخدام مفهوم الشواذ أو اللاسوية بمعناها الثقافي الاجتماعي يجعل من الصعب التمييز بين المرض النفسي والعقلي والانحراف الاجتماعي بين الخبل والإجرام ، فمن المقبول بصورة عامة أن يرتكب بعض الناس جريمة من الجرائم منتهكين بذلك القانون ومنحرفين بفعلهم هذا عن المعايير الاجتماعية ، ولكنهم برغم ذلك لا يعدون من الوجهة النفسية العقلية مرضي (**كولز ، ١٩٩٢ ، ٤٢**).

٣- علي أفراد المجتمع حسب هذا المعيار الانصياع والامتثال للعادات والتقاليد السائدة في المجتمع بغض النظر عن كونها صحيحة أو خاطئة (**مفيد حواشين ، زيدان حواشين ، ٢٠٠٥ ، ٢٨١**).

٣- المعيار الإحصائي *Statistical Criterion*

حين ينصب اهتمامنا علي صفات كالذكاء أو المظهر البدني مثلاً فإن أحد أطراف المتصل هو الذي يعد فقط غير سوي ، أما الطرف الأخر فإنه يمثل حالة مثالية (**كولز ، ١٩٩٢ ، ٤٢**).

ويمكن تفسير النموذج الإحصائي علي النحو الآتي : إذا كان متوسط درجة اختبار ما للذكاء١٠٠ فإن ٢.٢٧ من السكان يتوقع أن يقعوا دون المتوسط بانحرافين معياريين أو أكثر ، هذا التوقع مَبني علي افتراض أن الذكاء ، مثل أي سمة أخري تكون موزعة طبقا للمنحي الإعتدالي *Normal Curve of Intelligence* (**عبد الستار إبراهيم ، ١٩٨٥ ، ٢٤٥**) .

ويتكون هذا المنحني من ثمانية مناطق مبنية علي الانحراف المعياري ويتضح من هذا الشكل أن ١٣. ٣٤٪ من الأفراد تكون نسبة ذكائها ما بين ٨٥-١٠٠ و١٤. ٢٪ نسبة ذكائها ما بين ٥٥-٧٠ ، و١٣. ٠٪ من الأفراد تكون نسبة ذكائها أقل من ٥٥ *(Hallahan & Kauffman,1978, 69)*

يوضح الشكل التالي المنحني الإعتدالي :

وطبقاً لبعض التقديرات الحديثة يبدو أن التوزيع الفعلي لنسب الذكاء لا يساير هذه التوقعات النظرية بوجه عام ، يوجد عدد من الأفراد يزيد بشكل واضح عن العدد المحدد في ضوء التنبؤات المبنية علي المنحني الإعتدالي يحصلون علي نسب ذكاء تقل عن المتوسط بما يزيد عن انحرافين معياريين ، ويبدو أن هذا التباعد بين التقديرات الواقعية والتوقعات النظرية يزداد كلما انخفضت نسب الذكاء (**فتحي عبد الرحيم ، ١٩٨٣ ، ٧٠**).

عيوب هذا المعيار :

١- قد يتداخل المعيار الإحصائي مع المعيار الاجتماعي ، كما يركز علي أشكال السلوك الظاهر بغض النظر عن أسبابها وعواملها (**مفيد حواشين ، زيدان حواشين ، ٢٠٠٥ ، ٢٨٢**).

٢- إن انتشار السلوك وتكرار حدوثه عند عدد كبير من الناس لا يعني أنه سلوك سوي ، فاستخدام الغش في الامتحان بين الطلاب في مجتمعنا لا يمكن اعتباره هو السوي . والعكس صحيح فندرة بعض السلوكيات وقلة ممارستها (كالصدق) لا يعني أنه سلوك شاذ فقط لأنه ليس متكرر الحدوث ، فالصدق يبقي سوياً حتى لو مارسه القليل من الناس ، والنفاق شاذاً حتى لو مارسه معظم الناس (**سعاد غيث** ، ٢٠٠٦).

٣- وعلي الرغم من أن الندرة الإحصائية قد تعد شرطاً ضرورياً في مفهوم المرض العقلي إلا أنها بكل وضوح ليست شرطاً كافياً (**كولز** ، ١٩٩٢ ، ٤٢).

٤- كما أن هذا المحك قد ساوي بين طرفي المنحني الإعتدالي فقد جعل المتفوق عقلياً حسب هذا المعيار شاذاً مثل المتخلف عقلياً.

٤- المعيار المثالي *Idealistic Criterion*

يعتبر المعيار المثالي الشخص السوي هو المثالي في كل شيء ، وأن الشخص غير العادي هو منحرف عن الكمال ، ولما كان من الصعب أو بالأحرى أو من المستحيل أن يبلغ فرداً ما مرتبة المثالية ، فإن ما نستنتجه طبقاً لهذا المحك أن المثاليين سيكونون أقلية نادرة علي حين ستصبح أغلبية الناس شاذة بحكم انحرافها عن المثل الأعلى . ذلك أننا في الواقع نجاهد سعياً نحو الاقتراب من هذا المثل الأعلى لكن المثالية المطلقة هي حالة صعبة المنال ، بل يستحيل علي الإنسان بلوغها ، فالكمال لله وحده سبحانه وتعالي ، بينما النقص من شيم البشر الذين هم محدودون بحدود بشريتهم وقصورهم ونزعاتهم (**عبد المطلب القريطي** ، ١٩٩٨ ، ٤٧).

يستمد المعيار المثالي أحكامه من القيم وليس من الواقع ، فهو نسبي إذن تتدخل فيه عوامل عدة ، وإذا صدق هذا المحك (**ولن يصدق**) فإننا نجد أن الأسوياء قلة من البشر ، والشواذ هم الغالبية(**مفيد حواشين ، زيدان حواشين** ، ٢٠٠٥ ، ٢٨٣).

٥- المعيار القيمي

من الصعب تحديد مفهوم السوية بمعزل عن النظام القيمي ، هذا المعيار القيمي قد يتعارض في بعض الأحيان مع تصورات بعض علماء النفس والطب النفسي الذين يسعون إلي التوصل إلي تعريفات لا تولي أهمية كبيرة للمعايير القيمية والأخلاقية.

فمن المنظور القيمي أو الأخلاقي يستخدم مفهوم السوية لوصف مدي اتفاق سلوكنا مع المعايير الأخلاقية في المجتمع وقواعد السلوك السائدة فيه وكيف يكون سلوكنا مقبولاً بالنسب لأنفسنا والآخرين ، وعلي هذا النحو ينظر إلي السوية علي أنها مسايرة للقيم الأخلاقية(**صالح حسن** ، ٢٠٠٥ ، ٢٨).

٦- معيار النضج والتطور

يعتبر نضج الفرد مقياساً لدرجه نموه ولمدي تحقيقه لذاته ، فالسلوك الناضج هو ما يتلاءم مع الفرد ، والتعامل مع المشكلات التي تواجهه وبما يمتلكه من طاقات وقدرات ناضجة تساعده علي حل المشكلات ، ولكن هذا المعيار يفشل في التمييز بين الشاذ والسوي ، حيث أن مفهوم تحقيق الذات مفهوم مختلف من شخص لأخر. كذلك فإنه من الصعب تحديد خصائص النضج ، ومميزاته باختلاف قدرات الناس ، وميولهم ، واستعداداتهم ، ومفاهيمهم عن أنفسهم (**سعيد حسني ، ٢٠٠٢-ب ،٢١**).

معيار المواءمة بين نمو الفرد ومصلحة الجماعة

قدم جيمس كولمان هذا المعيار كبديل عن المعايير الاجتماعية في التفريق بين السلوك العادي وغير العادي ، وأن الحكم علي السلوك يكون في مدي ما يوفره السلوك من نمو وتحقيق لإمكانات الفرد والجماعة ، فإن أمكن أن تؤدي المسايرة الاجتماعية إلي مزيد من النمو للفرد والجماعة اعتبر السلوك عادياً ، أما إذا لم تؤد إلي مزيد من النمو ، وتحقيق إمكانات كل من الفرد والجماعة اعتبرت سلوكاً مرضياً(**عبد السلام عبد الغفار ،٢٠٠٧**).

ويشير (علاء الدين كفافي ، ١٩٩٠ ، ٥٠-٥١) إلي أن هذا المحك يتضمن مفاهيم كالتوافق والتكامل والنضج وتحقيق الإمكانات وصالح الجماعة ، ويبدو أن هذا المعيار الذي قدمه كولمان محك دقيق ، لأنه حاول فيه أن يجعله شاملاً للجوانب التي تم إغفالها في المحكات السابقة . ولكن هذه الدقة علي المستوي النظري فقط لأنه إذا كان كولمان يحاول من خلال هذا المحك تحقيق التعادل بين الفرد وجانب المجتمع ، فإن الأمر يقابل في مجال التطبيق العملي بصعوبات جمة ، لعدم وضوح الحدود بين الفرد والمجتمع ، فصيغة نمو الفرد وصالح الجماعة صيغة مقبولة ، بل ومرغوبة ، ولكن حين نضعها موضع التنفيذ تقابلنا مشكلة العلاقة بين نمو الفرد والمجتمع ، أو تحديد حقوق الفرد وواجباته نحو الجماعة وحقوق الجماعة وواجباتها نحو الفرد . وهذه العلاقة كما تحددها الفلسفات الاجتماعية والاقتصادية في العالم تختلف اختلافاً بيناً من شرقه إلي غربه مما يوحي بأنها لم تجد الحل الصحيح بعد . فالدول الاشتراكية تميل في فلسفاتها وتشريعاتها إلي تغليب جانب الجماعة علي حساب الفرد وذلك علي عكس الدول الرأسمالية التي تغلب جانب الفرد علي حساب الجماعة.

٧- المعيار الباثولوجي أو الطبي

يعتمد هذا المحك علي اتخاذ الأعراض المرضية أساساً للحكم علي سلوك الشخص، فالشواذ يغلب علي أنماطهم السلوكية أعراض متعددة سواء كانت هلوسات ، ضلالات ، وكذلك يغلب عليهم اضطرابات القلق ، والمزاج ، ومن ثم ينبغي اتخاذهم كمحك للحكم علي السوية. ويعتبر الشخص السوي هو شخص بلا أعراض ، إلا أن الخلو من الأعراض لا نجده لدي أحد فمن الصعوبة بمكان أن نجد شخصاً خالياً من الأعراض المرضية ، ومع هذا فإنه عندما يغلب وجود تلك الأعراض في شخص ما فإنه يعتبر شاذاً ، ويوجه نقد لهذا المحك في اختفاء الدرجة التي ينبغي أن تكون عليها تلك الأعراض المرضية حتى يمكن أن يحكم عليها بأنها مرضية حتى لا يختلط السواء بالشذوذ (**محمود السيد ،١٩٩٤،٣٧-٣٨**) .

ومن سلبيات هذا المحك أيضاً انخفاض ثبات التشخيص الطبنفسي فالتشخيص عملية صعبة تتطلب بعد الفحص ، تحديد الأعراض ، وزملات الاضطرابات من أجل وضع خطة العلاج (**محمد قاسم ، ٢٠٠٤ ، ٦٩**).

وفي ضوء ما سبق عرضه يمكن حصر تعريفات الصحة النفسية في اتجاهين أساسين هما:

*** الاتجاه السلبي**

يري أصحاب هذا الاتجاه أن الصحة النفسية هي الخلو من الأعراض المرضية . وتكمن الصعوبة في هذا التعريف في عدم اتفاق العلماء علي أنواع النشاط التي يقوم بها الفرد والتي تعد منافية للصحة النفسية السليمة ، ويري المدافعين عن هذا الاتجاه أن الحالة النفسية لا تصبح شاذة إلا حين تبلغ درجة شديدة في انحرافها ، ويرون أن تعريف الصحة النفسية بانتقاء الحالات المرضية ليس بدعة جديدة في الفكر الإنساني ، فكثيراً ما عرف الخير بأنه انتقاء الشر، والعدالة بأنها انتقاء للظلم(**نعيم الرفاعي ، ١٩٨٧ ، ٥**) ويلقي هذا التعريف قبولاً بين المتخصصين في مجال الطب النفسي لأنه يعتمد علي حالة السلب أو النفي (**صالح حسن ، ٢٠٠٥ ، ١٩-٢٠**).

*** الاتجاه الايجابي**

يري أصحاب هذا الاتجاه أن الصحة النفسية تتحدد في ضوء المظاهر الايجابية والتي تشير إلي تمتع الفرد بالصحة النفسية.

وفي هذا يعرف (صموئيل مغاريوس ، ١٩٧٤، ٧١) الصحة النفسية بأنها " مدي أو درجة نجاح الفرد في التوافق الداخلي بين دوافعه ونوازعه المختلفة وفي التوافق الخارجي في علاقاته ببيئته المحيطة بما فيها ومن فيها من موضوعات وأشخاص" .

ويعرفها (علاء الدين كفافي ، ١٩٩٠ ، ٢٧-٢٨) علي أنها: " حالة من التوازن أو التكامل بين الوظائف النفسية للفرد ، تؤدي به إلي أن يشبع دوافعه بطريقة تجعله يتقبل ذاته ويقبله المجتمع .

ويعرفها (عبد المطلب القريطي ، ١٩٩٨ ، ٢٨) " بأنها حالة عقلية انفعالية ايجابية، مستقرة نسبياً ، تعبر عن تكامل طاقات الفرد ووظائفه المختلفة ، وتوازن القوي الداخلية والخارجية الموجهة لسلوكه في مجتمع ووقت ما ، ومرحلة معينة وتمتعه بالعافية النفسية والفاعلية الاجتماعية".

ويعرف (حامد زهران ، ٢٠٠٥ ، ٩) الصحة النفسية علي أنها :" حالة دائماً نسبياً ، يكون فيها الفرد متوافقاً (**شخصياً وانفعالياً واجتماعياً أي مع نفسه ومع بيئته**) ، ويشعر بالسعادة مع نفسه ، ومع الآخرين ، ويكون قادراً علي تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلي أقصي حد ممكن ، ويكون قادراً علي مواجهة مطالب الحياة ، وتكون شخصيته متكاملة سوية ، ويكون سلوكه عادياً ، ويكون حسن الخلق بحيث يعيش في سلامة وسلام".

ويعرف (عبد السلام عبد الغفار ، ٢٠٠٧ ، ١٧٥): " الصحة النفسية للفرد بأنها " حالته النفسية العامة ، والصحة النفسية السليمة هي حالة تكامل طاقات الفرد المختلفة بما يؤدي إلي حسن استثماره لها ، ومما يؤدي إلي تحقيق وجوده أي تحقيق إنسانيته".

مناهج الصحة النفسية

لعلم الصحة النفسية ثلاثة مناهج رئيسة وهامة هي :

المنهج الإنمائي *Developmental*

يركز هذا المنهج علي الأفراد الأسوياء وصولاً بهم إلي أقصي درجة ممكنة من الصحة النفسية والتكيف ، إنه يدرس **مثلاً** : قدرات الأفراد وإمكاناتهم وتطويرها ، وتوجيهها لتحقيق الفعالية والكفاية والسعادة . إن للمؤسسات التربوية والاجتماعية دوراً هاماً في حسن رعاية أطفالها ، وتنشئتهم تنشئة اجتماعية سوية حتى يتم تنمية طاقتهم ، وقدراتهم ، واستثمارها ، وتحقيقها (**محمد قاسم** ،٢٠٠٤ ، ٣٠-٣١).

المنهج الوقائي *Preventive*

يشير سويف *Soueif, 1973* **إلي أن مصطلح الوقاية يعني:** " مجموع التدابير التي تتخذ تحسباً لوقوع مشكلة ، أو لنشوء مضاعفات لظروف بعينها أو لمشكلة قائمة بالفعل ،

ويكون هدف هذه التدابير القضاء الكامل، أو القضاء الجزئي علي إمكان وقوع المشكلة أو المضاعفات أو المشكلة ومضاعفاتها (**مصطفي سويف**، ٢٠٠١، ١٣١).

هناك ثلاث أشكال من الوقاية هي:

١- الوقاية من الدرجة الأولي *Primary Prevention*

·تركز الوقاية من الدرجة الأولي علي الإجراءات والتدابير التي يمكن اتخاذها لمنع حدوث المشكلة، وترتكز علي الإرشاد الوراثي، والإرشاد قبل الولادة والوقاية المستمرة للجنين قبل ولادته، والجهود التي تبذل في إطار تحسين برامج التخطيط الأسري، وتقديم خدمات الرعاية للأم الحامل من حيث الاهتمام الطبي والتعليم الأسري الوالدي يكون من شأنه أن يَقي الأسرة من ولادة طفل معوق فهو يتيح لهم تحديد مضاعفات الحمل، وأسباب نقص الوزن عند ولادة الطفل والمخاطر وصعوبات التنفس.

٢- الوقاية من الدرجة الثانية(الوقاية الثانوية) *Secondary Prevention*

تتركز الوقاية من الدرجة الثانية علي التدابير التي تكفل التقليل من استمرارية حدوث الاضطراب، وتزويد الأطفال ببرامج تعليمية قبل دخولهم المدرسة، وتقديم العلاج المؤثر وذلك من خلال رعاية الطفل حديث الولادة والتثقيف الوالدي، وتقديم الخدمات الاجتماعية طويلة الأمد، والرعاية الطبية ونظام التغذية *(Scott & Carran , 1987, 802)*

وتتجلي تضمينات الاكتشاف المبكر والتدخل العلاجي المبكر بالنسبة للعمل الوقائي فيما يمكن أن نسميه التشخيص المبكر للاضطرابات النفسية وهي مسألة حيوية وضرورية. لذلك كان من الضروري تطوير أساليب التعرف علي المشكلات الصحية والنفسية والاجتماعية منذ ميلاد الطفل، وتتضح هذه الضرورة لأن التشخيص المبكر والعلاج المبكر يساعد علي عملية التقدم النمائي للطفل، بمعني آخر يكون الطفل أكثر قدرة علي تحقيق التوافق مع ظروف بيئته بشكل أسرع عندما يتم التعرف علي مشكلاته منذ وقت مبكر بما يتيح فرصة البدء في برنامج لاستثارة العمليات المعرفية والواجبات النمائية الأخرى (**جمعة سيد**، ٢٠٠٠، ٣٥٠).

٣- الوقاية من الدرجة الثالثة *Tertiary Prevention*

تركز الوقاية من الدرجة الثالثة علي التقليل من المشكلات المترتبة علي الاضطرابات النفسية والعقلية والإعاقات، وتعمل علي تحسين أداء الفرد وتركز علي تنظيم البيئة التعليمية والاجتماعية بهدف رئيس هو علاج الاضطرابات مع الإدارة الناجحة، وتمثل هدف أولي ورئيس لمساعدة الفرد علي الإفادة بما لديه من قدرات وإمكانيات وتوظيفها بصورة ملائمة، ومع التقدم في معارفنا العلمية عن كيف يدرك

الأطفال العالم من حولهم يتم إعادة توجيه مصادر الخدمة الاجتماعية والتعليمية لمقابلة احتياجاتهم *(Scott & Carran , 1987 , 802)*

وهي تعمل كذلك علي تجنب تحول الاضطراب إلي الحالة المزمنة وذلك من خلال التدخلات العلاجية المتأخرة نسبياً ، بهدف منع حدوث مضاعفات أكثر من خلال التأهيل النشط ، والاستيعاب الاجتماعي(جمعة سيد ، ٢٠٠٠ ، ٣٥٠).

الوقاية الشاملة *Comprehensive Prevention*

الوقاية الشاملة تكون ضرورية وإلزامية ، ومع التقدم الملحوظ في الأبحاث العلمية ، يُمكن خفض حالات الإعاقات والاضطرابات النفسية والعقلية ، وتوجيه الوقاية من الدرجة الأولي نحو حماية المجتمع من خطر الإصابة بهذه الاضطرابات ، وينبغي أن تتضمن هذه الجهود الإرشاد من الدرجة الثانية والثالثة ، وإذا تحققت الوقاية من الدرجة الأولي فإن الخدمات الأخرى التي سوف تقدم من خلال الوقاية من الدرجة الثانية والثالثة تكون أقل ضرورة مع مرور الوقت *(Scott & Carran , 1987 , 802)*.

المنهج العلاجي *Remedial*

يختص هذا المنهج بتقديم الخدمات العلاجية للمرضي أو أولئك الذين يعانون من سوء التوافق بشتى أشكاله ، أو من الاضطرابات النفسية والعقلية وذلك عن طريق كفالة الوسائل واتخاذ الأساليب اللازمة لمساعدة هؤلاء الأفراد علي تجاوز تلك الاضطرابات ، وبلوغ حالة التوافق الجيد،والصحة النفسية السليمة (**عبد المطلب القريطي**، ١٩٩٨، ٣٢).

أهداف الصحة النفسية

تبرز الحاجة إلي الصحة النفسية لتحقيق الأهداف التالية :

١- تسعي إلي تمكين الفرد من الإحساس بالسعادة والسرور من خلال إشباع حاجاته الأساسية ، وكما تهدف إلي الكشف عن إمكانات الفرد وقدراته وتوجيهها الوجهة الصحيحة حيث يمكن الإفادة منها ، وإجراء تعديلات مختلفة والإفادة من الخبرات التي يمر بها.

٢- إحداث حالة من التوازن والانسجام بين مكونات الجهاز النفسي، بحيث لا يطغي جانب علي آخر.

٣- إقامة توازن وانسجام بين الفرد بكل مقوماته والبيئة التي يعيش فيها الفرد ليكون متوائماً مع الجماعة التي ينتمي إليها ، ومنخرطاً في علاقات إنسانية متوازنة .

٤- تؤكد الصحة النفسية علي تمتع الفرد بالحياة ، وتمكينه من مواجهة الإحباط والصراع في حياته من خلال إجراء تعديلات وتغيرات جوهرية في حياته.

٥- كما تهدف إلي توافق الفرد مع نفسه ومجتمعه.

خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية

وضع ماسلو ومتلمان *Maslow & Mittelmann1951* قائمة بالمحكات التي تصف الشخص السوي الصحيح وهي : شعور كافي بالأمن، درجة معقولة من تقويم الذات، أهداف واقعية في الحياة ، اتصال فاعل بالواقع ، تكامل وثبات في الشخصية ، القدرة علي التعلم من الخبرة ، تلقائية مناسبة ، انفعالية معقولة القدرة علي إشباع حاجات الجماعة مع درجة ما من التحرر من الجماعة (أي الفردية) ، رغبات جسدية غير مبالغ فيها مع القدرة علي إشباعها في صورة مقبولة(**كوفيل وآخرون ، ١٩٨٦، ٤-٥**).

ويمكن تناول خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية بالتفصيل علي النحو التالي :

كفاءة الفرد في مواجهة إحباطات الحياة اليومية

تختلف قدرة الناس علي تحمل المشاق والصعوبات العادية التي تواجههم في الحياة، ونجد من بين الناس من ينزعج انزعاجاً شديداً لأي تغير غير متوقع في مجري الأمور أو لعدم خصوله علي ما يريد ، ويصل الحال ببعضهم إلي البلبلة الفكرية التامة والانهيار الشامل عند تعرضهم للإحباطات البسيطة . وعلي العكس من ذلك تعرف عن بعض الناس صلابة قوية إزاء متاعب الحياة وأحداثها اليومية ودرجة عالية من التحمل والصمود ومواجهة عقلانية لمواقف الإحباط لا يطغي عليها الانفعال أو التخبط (**صموئيل مغاريوس ، ١٩٧٤ ، ٧٦**).

تقبل الفرد الواقعي لحدوده ولإمكانياته

الشخص الواقعي يكون مقدراً لقدراته وللعالم من حوله ، وهو يُقيم قدراته بطريقة واقعية ولا يبالغ في تصورها *(Hilgard et al., 1975 , 454)* ويفهم ذاته فهماً واقعياً أو قريباً من الواقع ، وهذا يهيئ له تجنب كثير من الإحباط والفشل ويساعده علي الإنجاز والتوافق السليم . ونلاحظ أيضاً أن البعض الآخر كثيراً ما يبالغون في تصور قدرتهم ويتوهمون في أنفسهم أكثر مما يستطيعونه فعلاً ، كما يحاول البعض الأخر أن يهون من شأن نفسه ويركز علي عيوبه ونقائصه ولا يستطيع لسبب ما يعاني منه من مشاعر النقص أن يري كل إمكانياته وقابليته رؤية واضحة ، ويمكن أن تدرك بسهولة أن تصور الفرد الخاطئ لنفسه أو عدم تقبله للحقائق الموضوعية المتعلقة بشخصه ، لا يساعد كثيراً علي توافقه النفسي أو علي التعامل الناجح مع الآخرين (**صموئيل مغاريوس ، ١٩٧٤ ، ٧٤**).

ضبط النفس والتحكم في الذات

تقدير الفرد لعواقب ما يقوم به من سلوك وقدرته علي ضبط النفس وكبح أهوائه ونزعاته بإرادته في المواقف المختلفة، من خلال تقدير واقعي لمتطلبات الأمور، والتصرف

بروية في المواقف المختلفة بحيث يكون قادر علي تحقيق الاتزان بين النواحي الفسيولوجية والنفسية من خلال تأجيل إشباع حاجاته أو تعديلها أو تغييرها ، ويعبر هذا الاتزان علي نضج الأنا وتوازنها مع الضمير والإرادة دون خلل .

القدرة علي العمل والإنتاج

الفرد القادر علي استغلال قدراته وإمكاناته إلي أقصي درجة ممكنة في العمل والإنتاج وتكون علاقاته بزملائه ورؤساءه بالعمل متزنة ومتوازن ، يكون قادراً علي الإبداع ، شاعراً بقيمة العمل في تنمية ذاته والمجتمع الذي يعيش فيه.

ويري (**صموئيل مغاريوس ، ١٩٧٤ ، ٧٥**) أن بعض الأفراد يؤدون أعمالاً وهم كارهون لها ، أو أعمالاً لا تتناسب مع قدراتهم وإمكانياتهم فقد تكون أعلي من هذه القدرات وقد تكون أقل منها.

تصدي الفرد لمسئولية ما يتخذه من قرارات وأفعال

يتضح هذا المعيار في كل ما يلتزم به الفرد السوي من قرارات وأفعال إذ القول لا بد وأن تواكبه أعمال ، وأن القول الذي يتضمن قراراً لا بد وأن ينفذ حيث الإرادة الصالحة الفعالة والصادقة المعبرة عن الالتزام في الحق والصدق في القول والمسئولية في الانجاز والتعامل(**سيد صبحي ، ٢٠٠٣ ،٢٦٦**).

الشعور بالرضا عن الحياة

يشير الرضا عن الحياة إلي شعور الفرد بالسعادة العامة، وتحرره من التوتر والقلق، واهتمامه بالحياة ، والإقبال عليها بحماس ، والرغبة الحقيقية في معايشتها ، وبناء شبكة من العلاقات الإيجابية مع المحيطين به ، وقدرة متنامية علي مجابهة المواقف المشكلة من خلال طرح بدائل جيدة لحلها ، وشعوره المتزايد بالثقة في قدراته ، وميله إلي الدُعابة ، وسعيه الدءوب صوب إنجاز أهدافه ، وعدم الإحساس بالفشل عندما يعجز عن مواجهة بعض المواقف العسيرة ، كل هذا من شأنه أن يزيد من طموحاته الحياتية فضلاً عن إحساسه الداخلي بما حققه من إنجازات أكاديمية مرموقة تمكنه من تبوء موقع وظيفي في المستقبل.

الشعور بالأمن

جوهر هذا النوع من الحاجة هو الاهتمام المتواصل بحفظ الظروف التي تؤكد اشباع الحاجات، سواء كانت الحاجات بيولوجية أو سيكولوجية وأكثر حاجات الأمن أهمية هو الأمن الانفعالي،وينشأ عن شعور الفرد بأنه سوف يكون قادراً علي حفظ علاقات متزنة مرضية مع الناس الذين لهم أهمية عاطفية في حياته(**حلمي المليجي ، ب ت، ١٠٢**) .

وتتمثل حاجات الأمن لدي الفرد في حاجته إلي حماية نفسه من العوامل التي يمكن أن يكون لها تأثير غير مرغوب .

قال صَلَى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَمَ :-

"مَنْ أَصْبَحَ مِنْكُمْ مُعَافًى فِي جَسَدِهِ آمِنًا فِي سِرْبِهِ عِنْدَهُ قُوتُ يَوْمِهِ فَكَأَنَّمَا حِيزَتْ لَهُ الدُّنْيَا" (**رواه ابن ماجه**).

*** الإفادة من الخبرة**

يعدل الفرد السوي من سلوكه بناء علي الخبرات التي يمر بها في حياته فهو قادر علي تعديل أو تغيير سلوكه في ضوء المتطلبات الحالية والمستقبلية وتراكم الخبرات تمكنه من التعامل الايجابي مع المواقف التي يجابها.

التوافق النفسي

الكائن والبيئة في علاقة ، ولكي يتم إحداث استقرار بينهما فلابد أن يتبع كل تغير تغيراً مناسباً للإبقاء علي هذه العلاقة المستقرة ، وفحوى هذا التغير هو التكيف والموائمة والعلاقة المستمرة بينهما هي التوافق ، وكثيراً ما يتم استخدام التوافق والتكيف كما لو كانا مترادفين. **ويمكن تناول هذين المفهومين علي النحو التالي :**

التوافق هو الرضي بالواقع الذي يبدو هنا والآن مستحيلاً علي التغيير ولكن في سعي دائب لا يتوقف لتخطي الواقع الذي ينفتح للتغير مضياً به قدماً علي طريق التقدم والصيرورة(**صلاح مخيمر** ، ١٩٧٩ ، ١).

ويعرف (**حامد زهران** ، ٢٠٠٥ ، ٢٧) **التوافق النفسي علي أنه** : "عملية دينامية مستمرة تتناول السلوك والبيئة (**الطبيعية والاجتماعية**) بالتغيير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته، وهذا التوازن يتضمن إشباع حاجات الفرد وتحقيق متطلبات البيئة.

أما مفهوم التكيف فهو في الأصل مفهوماً بيولوجياً ، وكان حجر الزاوية في نظرية دارون عن التطور ، فالكائن الحي القادر علي التلاؤم مع شروط البيئة الطبيعية المتغيرة يستطيع الاستمرار في البقاء ، أما الذي يفشل في التكيف فمصيره الفناء ، ومن مظاهر التكيف البيولوجي لدي الإنسان ارتداؤه لنوع معين من الملابس وذلك بهدف التلاؤم مع شروط البيئة الطبيعية(**نعيم الرفاعي** ، ١٩٨٧ ، ٢٨).

والتكيف في واقعه هو حالة الإشباع المتوازن لدوافع الفرد وحاجاته وتعتمد دوافع الفرد في أساسها علي ميله الطبيعي نحو الحفاظ علي تحقيق مقوماته وإمكانياته الذاتية في المستوي البيولوجي والنفسي والاجتماعي علي حد سواء ، ففي المستوي البيولوجي نجد أن أجهزة الجسم كلها تعمل في اتجاه التكامل مما يشار إليه بالتوازن الفسيولوجي

وفي المستوي النفسي يسعي الفرد للحفاظ علي تكامل الذات لأي خلل في *Homeostasis* هذا التكامل (انتصار يونس ، 1985 ،335).

وهناك فروق بين التكيف والتوافق نشير إليها علي النحو التالي:

١- يشمل التكيف الإنسان والحيوان والنبات في علاقتها بالبيئة. أما التوافق النفسي فيقتصر علي الإنسان وبيئته.

٢- يتضمن التكيف المسايرة للظروف وينكر دور الإنسان في تغيرها ، ويلغي دور الفروق الفردية بين الناس.

٣- يظهر التوافق النفسي جانب الإرادة البشرية لتغيير الواقع نحو الأفضل وهو بهذه الروحية أساس لتطور البشرية بما يمتلك الإنسان من قدرات مبدعة.

٤- التوافق النفسي حصيلة لجهود الإنسان تتضمن خبراته الماضية والحاضرة للانطلاق نحو المستقبل.

٥- أن التوافق النفسي مسألة نسبية تختلف باختلاف قدرات الإنسان والثقافة ، والزمان والمكان (صالح حسن ، ٢٠٠٨ ، ١٥-١٦).

أبعاد التوافق

التوافق علي المستوي البيولوجي

تميل الكائنات الحية إلي أن تغير من أوجه نشاطها في استجاباتها للظروف المتغيرة في بيئاتها ، ذلك إن تغير الظروف ينبغي أن يقابله تغيير وتعديل في السلوك بمعني أنه ينبغي علي الكائن الحي أن يجد طرقاً جديدة لإشباع رغباته وإلا كان الموت حليفة ، أي أن التوافق هنا إنما هو عملية تتسم بالمرونة والتوافق المستمر مع الظروف المتغيرة.

ومن التعريف السابق نلاحظ أن:-

١- عملية التوافق إنما تتسم بالمرونة مع الظروف المتغيرة أي أن هناك إدراك لطبيعة العلاقة المستمرة التي تغشي الفرد والبيئة.

٢- إن الإنسان يقوم طوال حياته بعملية التوافق ، وهي عملية دائمة مستمرة ومتصلة(سهير كامل ، ١٩٩٣ ، ٢٣).

التوافق الشخصي

يتضمن التوافق الشخصي توافق الفرد مع ذاته حيث يكون قادراً علي ضبط دوافعه ورغباته ومقدراً لذاته تقديراً ايجابياً ، وفي نفس الوقت هو لا يشعر بالإجبار من الآخرين لكي تكون آراءه موافقة لهم ، وأن يكون لديه تطلعات ايجابية نحو المستقبل ،

وشخصيته متوازنة ومتماسكة قادرة علي مواجهة المواقف الضاغطة ، وهذا يتطلب أن يكون الفرد واعياً بدوافعه ومدركاً لمشاعره الخاصة *(Hilgard et al., 1975 , 455)* .

وأن يكون الفرد متوافقاً مع البيئة التي يعيش فيها ، وفي نفس الوقت يري العالم كما هو ويتعامل معه ، أو يحاول تغيير البيئة التي يعيش فيها بطريقة متوازنة ومتمشية مع العادات والتقاليد السائدة ، وهذا يتطلب من الفرد أن يكون مرناً قادراً علي التكيف مع المواقف المتباينة ، ويغير ويعدل من سلوكه ليتواءم مع متطلبات البيئة. وهو حساس لاحتياجاتهم ومشاعرهم مقارنة بالشخص المضطرب نفسياً.

وعندما يبذل الفرد كل جهده ، ويكون متحمساً للانجاز والتحصيل ، ويكون محبوباً من قبل والديه ، ومقدراً من قبل أقرانه ، وله علاقات اجتماعية جيدة مع أصدقائه ، ومخطط لمستقبله علي نحو أفضل ، عندئذ يكون محققاً للتوافق الشخصي المثالي *(Thompson et al ., 1959 , 157)*.

التوافق الاجتماعي

يري(**سيد صبحي ، ٢٠٠٣ ، ٢٦٤**) أن الفرد يسعي إلي تكوين شبكة من العلاقات الاجتماعية ، تمكنه من الاستمرار السليم ، فلا يجوز للفرد أن يعيش بمعزل عن الآخرين ، بل لا بد وأن ينتمي الفرد للجماعة ، لأن الفطرة الطبيعية للإنسان تجعله مدنياً بالطبع ، ويميل إلي مشاركة الجماعة والعمل معها.

التوافق الدراسي

التوافق الدراسي عملية دينامية مستمرة والتي يقوم بها الطالب لاستيعاب مواد الدراسة والنجاح فيها ، وتحقيق التلاؤم بينه وبين البيئة الدراسية ومكوناتها والتوافق الدراسي قدرة مركبة علي نوعين من العوامل الطائفية عقلية واجتماعية والمكونات الأساسية للبيئة الدراسية منها الأساتذة والزملاء وأوجه النشاط الاجتماعي ، ومواد الدراسة ، وقت الدراسة ، وقت الفراغ ، وقت المذاكرة وطريقتها ، وقدرة الطالب علي تحقيق التلاؤم مع هذه المكونات جميعها دالة علي توافقه الدراسي (**عباس عوض ، ١٩٧٧**).

التوافق المهني

يشير التوافق المهني إلي توافق الفرد مع بيئة عمله ، وتوافقه مع التغيرات التي تحدث في هذه البيئة ، وأن يكون راضياً عن عمله ، محباً له ، يشعر بأن زملائه ورؤساءه في العمل يقدرونه ، ويشعر بالأمن والاستقرار النفسي في عمله ، وكذلك يعتمد الرضا عن العمل على العلاقات الإنسانية داخل التدرج الوظيفي ، أما عجز الفرد عن التكيف السوي

مع متطلبات عمله تجعله غير راضي عنه ، وينعكس هذا علي إنتاجه ، ويؤدي إلي كثرة التغيب ، وسوء استخدامه للآلات ، وكثرة الشكوى.

التوافق وذوي الاحتياجات الخاصة

هناك عدة من النماذج المفسرة للتوافق النفسي والإعاقة تناولها علي النحو التالي:

- يتضمن الأنموذج الذي أعده والندر وآخرون(*Wallander et al ., 1989)* لتقدير التوافق لدي الأطفال والمراهقين ذوي الاحتياجات الخاصة وآبائهم ما يلي :

١-عوامل الخطورة *Risk Factors* والتي تؤثر سلباً علي التوافق وتشتمل علي:

(أ) الإصابة بالمرض والإعاقة من حيث الشدة والخصائص المرتبطة بالإحساس بالألم ، ومدي تطور الإصابة بالإعاقة.

(ب) الأداء المستقل ويشير إلي القيود المفروضة ، والعجز والإجهاد المفروض علي الفرد من جراء الإعاقة.

(جـ) الضغوط النفسية وتشير إلي الضغوط المتولدة عن الإعاقة.

٢- عوامل المقاومة *Resistance Factors* وهي المصادر التي يجابه بها الفرد الإعاقة وما يترتب عنها من قصور وتشتمل علي :

(أ) عوامل داخل الشخص نفسه : وهي تتضمن خصائص الفرد الثابتة نسبياً مثل الحالة المزاجية ، وتقدير الذات ، والكفاءة الاجتماعية.

(ب) المتغيرات البيئية- الاجتماعية: وهي تشير إلي سياق العلاقات الاجتماعية بين الأشخاص بعضهم البعض ، وتتضمن شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد والمصادر المتاحة في الأسرة والمجتمع.

(جـ) استراتيجيات المواجهة : وهي الاستراتيجيات التي تتبع لمواجهة الإعاقة وما يترتب عليها من نتائج .

وفي ضوء هذا النموذج تشير نتائج دراسة *(Husaini &Moore, 1990)* إلي أن المستويات المرتفعة من شدة الإعاقة تكون مرتبطة بمستويات مرتفعة من الاكتئاب ومستويات منخفضة من الرضا عن الحياة. وشدة الإعاقة ، والمساندة الاجتماعية ، وقبول الإعاقة تكون منبئات دالة للوضع المهني *(Belgrave &Walker, 1991)*.

كما وجد كل من بيلجريف وآخرون(*Belgrave et al .. 1995*) أن تقدير الذات المرتفع ، والاتجاهات الايجابية إزاء الإعاقة ، والادراكات المنخفضة لشدة الإعاقة تكون مساهمات دالة في النجاح المهني (**العمل الحالي**) ، وفي احتمالية العمل ، والاتجاهات نحو العمل . .

كما تتعدد المتغيرات ذات التأثير في الإعاقة فقد أسفرت نتائج دراسة بيلجريف *(Belgrave , 1991)* إلي أن المتغيرات النفسية الاجتماعية ، وتقدير الذات ، وإدراك شدة الإعاقة ، والمساندة الاجتماعية تفسر ٥٠٪ من التوافق للإعاقة .وانتهت نتائج دراسة مازولا*(Mazzulla, 1981)* إلي وجود علاقة ايجابية بين التوافق للإعاقة والضبط الداخلي.

ومن خلال مراجعته (٤٠) أنموذج للتكيف الاجتماعي النفسي للإعاقة البدنية خلص *(Livneh , 1986)* **إلي أنموذج للتكيف مكون من :**

١- التأثيرات الأولية *Initial Impacts* حيث تأثيرات الصدمة والقلق.

٢- تعبئة أو حشد الدفاعات *Defense Mobilization* (**المساومة - والإنكار**).

٣- الإدراك الأولي *Initial Realization* (**الحزن - الاكتئاب**).

٤- الانتقام *Retaliation* (**الغضب**).

٥- الدمج أو إعادة التكامل *Reintegration* (**الاعتراف والقبول - والتوافق**).

ونموذج قبول الفقد لكل من *(Wright , 1960 ; Dembo ,Tleviton & Wright 1956)* وفي ضوء هذا النموذج يتم النظر إلي الفقد علي أنه سلسلة من تغيرات القيم ، وقبول الإعاقة في ضوء هذا النموذج تكون مقبولة إلي الحد الذي **يجعل الفرد قادراً علي :**

(أ) رؤية القيم الأخرى الايجابية بدلاً من رؤية القيم المتصارعة مع الإعاقة.

(ب) التأكيد علي المظاهر الجسمية التي تكون مناقضة أو معارضة لموقف الإعاقة.

(جـ) التقدير الواقعي لجوانب إعاقته.

(د) التأكيد علي جوانب القوة بدلاً من مقارنة نفسه بالآخرين من خلال إضفاء مصطلحات من القصور البدني.

يشير كل من ليفنا وأنتونك *(Livneh & Antonak , 1997, 23)* **من خلال مراجعتهم لمصطلح التكيف للإعاقة علي أنه يتضمن سلسلة من ردود الفعل التالية:**

١- ردود الفعل المبكرة وتتضمن (**الصدمة ، والقلق ، والإنكار**).

٢- ردود الفعل المتوسطة وتتضمن(**الاكتئاب ، والغضب الداخلي ، والكراهية الخارجية**).

٣- ردود الفعل المتأخرة وتتضمن (**الاعتراف أو الإقرار بالإعاقة والتوافق**).

وأن عمليات التكيف تعتمد علي " طبيعة الأزمة التي يجابها الفرد.

ويشير كل من تريسمن وريتمن وسيلفر *(Trieschmann , 1980, 1988; Wortman & Silver , 1987, 1991)* إلي أن الأبحاث الكمية في التراث عن التوافق النفسي الاجتماعي تقترح أن هناك دليل أقل علي أن المراحل المؤكدة (**الإنكار، والاكتئاب**) تكون استجابات متكررة للإعاقة.

والفشل في قبول الإعاقة يعزي إلي التوافق النفسي المتدني *(Fitzpatrick et al ., 1991)* والصحة البدنية المتدنية *(Matthews &Harrington , 2000)*.

يظهر الأفراد المتخلفون عقلياً قصوراً ملموساً في القدرة علي التفاعل الاجتماعي مع الآخرين ، كما أنهم ينسحبون من المواقف الاجتماعية لصعوبة التفاعل مع الآخرين . فالأشخاص المتخلفين عقلياً تتطور مقدرتهم الاجتماعية بمعدل أبطأ ، كما أن المقدرة الاجتماعية للراشد المتخلف لا تصل إلي المستوي النهائي الذي يصل إليه الشخص العادي (**محمد محروس ، ١٩٩٧ ، ٣٥٩**).

والمتخلفون عقلياً يخبرون الكثير من المشكلات ، فقد هدفت دراسة شكلا كوش *(Shukla & Khoche , 1974)* إلي فحص التوافق لدي عينة من المتخلفين عقلياً بلغ قوامها ٥٠ طفلاً متخلفاً عقلياً و٥٠ طفلاً من العاديين ، وتراوحت أعمارهم ما بين ١٢-١٨ سنة ، واقتصرت العينة علي الذكور فقط ، وتنتمي عينات الدراسة إلي الطبقات المتوسطة، وأظهرت نتائج الدراسة أن المتخلفين عقلياً لديهم قصوراً في التوافق الصحي والاجتماعي والانفعالي. يبدي المتخلفون عقلياً قصوراً واضحاً في قدرتهم علي حل المشكلات الاجتماعية.

فقد هدفت دراسة فالون *(Vallone, 2005)* **إلي أن** حل المشكلات الاجتماعية لدي عينة من الأطفال بمتلازمة داون بلغ حجمها ٣٠ طفلاً ، ٢٢ طفلاً متخلفاً عقلياً بأسباب غير محددة ، ٢٢ طفلاً عادياً ، وانتهت نتائج الدراسة إلي أن الأطفال بمتلازمة داون أعطوا استجابات مناسبة قليلة ، وغير مرنة وكانت أكثر تشتتاً مقارنة بالمجموعات الأخرى. وانتهت نتائج دراسة سيبرشتاين وليفرت *(Siperstein & Leffert, 1997)* إلي أن الأطفال المقبولين اجتماعياً يولدون استراتيجيات انسحابية أقل ، بينما الأطفال غير المقبولين اجتماعياً غالباً يولدون معدلات مرتفعة من استراتيجيات الانسحاب.

والأطفال التوحديين غير قادرين علي إقامة علاقات انفعالية دافئة مع الآخرين ، فهم لا يستجيبون إلي سلوك آبائهم العاطفي مثل الابتسامات وبدلاً من ذلك فهم لا يفضلون أن يحتضنوا أو أن يقبلوا ولا يستجيبون لآبائهم أكثر من الغرباء ، ولا يوجد فرق في سلوكهم اتجاه الأفراد والأشياء ، ويمتازون بغياب التواصل البصري وتجنب التحديق (**إبراهيم الزريقات ، ٢٠٠٤ ، ٣٩**) والطفل التوحدي لا يبدو أنه يتفهم ما يقوله الآخرون ، كما أن التفاعل الاجتماعي يكون محدود بدرجة كبيرة ، كما أنه يتصرف كما لو كان

الآخرون المحيطون بهم غير موجودين (Frith , 1989, 3) كما أنهم لا يظهرون رابطة عاطفية مع والديهم ولا يشتركون في اتصال بالعين(Norton &Drew, 1994 , 70).

يبدي المعوقين سمعياً الانسحاب والانطوائية واللجوء إلي أساليب عدوانية ، والشعور بالعصبية ، والشعور بالنقص ، والتمركز حول الذات ، والاندفاعية ، وعدم القدرة علي مواجهة الواقع ، وفي هذا الصدد انتهت نتائج دراسة إزبيل(Isobel ,1938) إلي أن الصم أقل توافقاً ومشاركة مع الآخرين ، وأقل تحملاً للمسئولية. وانتهت نتائج دراسة **جوردون وكارشمر** (Jordan &Karchmer , 1986) **إلي أن** المعوقين سمعياً يبدون بدرجة أكثر شيوعاً علاقات اجتماعية متدنية مع الأقران والراشدين.

كما أسفرت نتائج دراسة بين وآخرون(Bain et al ., 2004) **عن أن** الأطفال الصم يعانون من الوحدة ، والعزلة الاجتماعية ، كما أنهم معرضين للمخاطر النفسية والاجتماعية والبدنية.

ويمكن تفسير أوجه القصور لدي المعوقين سمعياً في الاتجاهات السلبية من قبل الآخرين إزاءهم . كما أن المعوقين سمعياً يحاولون تجنب مواقف التفاعل الاجتماعي في مجموعة ، ويميلون إلي مواقف التفاعل التي تتضمن فرداً واحداً أو فردين ، حتى أولئك الذين يعانون من إعاقة متوسطة يحتاجون إلي تركيز انتباههم جيداً لحديث الشخص الأخر، والاستعانة بملاحظاتهم البصرية ، والذين يعانون من فقدان سمعي شديد (**بحدود ٨٠ ديسبل**) فإنهم يميلون إلي إقامة علاقاتهم الاجتماعية مع أمثالهم(**يوسف القريوتي وآخرون ، ١٩٩٨، ١٥٣**).

يظهر المعوقون بصرياً توافقاً متدنياً فقد أوضحت المراجعة التي قام بها (**عبد المطلب القريطي ، ٢٠٠١ ، ٣٩١**) لبعض الدراسات التي أُجريت في هذا المجال إلي أن المعوقين بصرياً يغلب أن تسيطر عليهم مشاعر الاغتراب ، وانعدام الأمن ، واضطراب صورة الجسم ، والنزعة الاتكالية ، وهم أقل توافقاً شخصياً واجتماعياً ، وتقبلاً للآخرين وشعور بالانتماء للمجتمع من المبصرين.

وانتهت نتائج دراسة كَون(Cowen et al ., 1961) **إلي** وجود ميل لدي الأفراد المعوقين بصرياً الذين يعيشون في منازلهم مع والديهم وينتظمون في المدارس مع العاديين أن يكونوا أكثر توافقاً ، أما ضعاف البصر فإنهم يكونون أكثر توافقاً من المكفوفين ، والذكور الذين ينتظمون في المدارس يكونون أفضل توافقاً من الإناث ، ووجود علاقة بين الفهم الأموي والتوافق لدي المراهقين المكفوفين.

أما نتائج دراسة هارفي وجرينواي *(Harvey & Greenway , 1984)* فقد أسفرت عن انخفاض التوافق النفسي لدي المعوقين بصرياً، كما أن لديهم صورة متدنية عن ذواتهم.

وانتهت نتائج دراسة آش وآخرون *(Ash et al ., 1978)* إلي أن المعوقين بصرياً من الميلاد حتى سنتين ، ومن ٣ إلي ٤ سنوات ، وأكثر من ٥ سنوات لا توجد فروق بينهم في التوافق الشخصي والاجتماعي ، وأن سوء التوافق الشخصي والاجتماعي يُبني علي أساس فئات التشخيص علي سبيل المثال وجد أن مجموعة الجلوكوما تعاني من تدني في التوافق النفسي والاجتماعي. ويمكن تفسير أوجه القصور لدي المعوقين بصرياً إلي الاتجاهات السلبية إزاءهم *(Lawrence, 1991)* ، وإلي تفشي البطالة بينهم ، والفقر ، والمستويات الاقتصادية الاجتماعية الفقيرة *(Bowe, 1991)* .

يعاني ذوي صعوبات التعلم من العزلة الاجتماعية ، والخجل ، وعدم توكيد الذات، والشعور بالدونية والعجز ، والإحباط والفشل ، والغضب ، والعدوان والقهرية ، والاعتمادية، وسلوك إيذاء الذات ، والتخريب ، ومشاعر سلبية عن الذات ، وفقر في المهارات الاجتماعية، وعدم التواصل الجيد مع الآخرين ، وعدم تحمل المسؤولية ، والفوضوية ، وعدم الثقة بالنفس ، والاهتمام بالسلوك غير المنتج والثرثرة الشديدة ، والمشاغبة(سعيد حسني ، ٢٠٠٢-أ ، ١٤٢-١٤٣) وانتهت نتائج دراسة كافيل وفورنس *(Kavale & Forness , 1996)* إلي أن ذوي صعوبات التعلم يعانون من قصور في القدرة علي المواجهة ، وصعوبات في التوافق .

والتوافق النفسي لدي ذوي صعوبات التعلم لا يكون محصلة أو نتيجة ثانوية ولكنه جزء من الإعاقة ذاتها *(Greenspan , 1981)* كما أن قصور السلوك التكيفي لديهم يتأثر بدورة حياة الفرد ، كما أنه يلعب دوراً أساسياً في التنبؤ بالنجاح في المجالات الاجتماعية والتعليمية *(Weller &Strawser , 1981)*.

يتصف الأطفال الموهوبين والمتفوقين بخصائص اجتماعية وانفعالية ايجابية مقارنة بأقرانهم الأطفال متوسطي الذكاء ، ومن أهم الصفات الاجتماعية التي يتميز بها هؤلاء الأطفال هي قدرتهم القيادية في المدرسة وخارجها . فهم قادرون علي قيادة الطلبة الآخرين ، وقادرون علي حل المشكلات الناجمة عن التفاعل مع الآخرين وإدارة الحوار والنقاش والتفاوض بشأن القضايا الحياتية التي يتعرض لها زملاؤهم الآخرون كما أنهم محبوبون من قبل أقرانهم (**يوسف القريوتي وآخرون ، ١٩٩٨ ، ٤٢٠**).

وانتهت نتائج دراسات تيرمان إلي أن التوافق الانفعالي لدي الأفراد الموهوبين يكون أفضل من أقرانهم غير العاديين *(In :Gallagher , 1990)* أما نتائج دراسة لثر

وآخرون (Luthar et al ., 1992) فقد انتهت إلي أن المراهقين الموهوبين ذوي التحصيل الأكاديمي المرتفع لديهم توافق نفسي أفضل من أقرانهم غير الموهوبين ، وأن الإناث كُن أكثر توافقاً في مقاييس القلق والاكتئاب مقارنة بأترابهم غير الموهوبين.

وبالرغم من التوافق الجيد للموهوبين إلا أنهم يواجهون ببعض المعوقات في بيئاتهم الأسرية والمدرسية ، وأن هذه المشكلات لا تعرض استعداداتهم الفائقة للذبول والتدهور فقط ، وإنما تهدد أمنهم النفسي أيضاً وعندما يشعر الموهوبون بالضجر والملل والإحباط من المناهج الدراسية المصممة غالباً للطلاب المتوسطين فهي لا تشبع احتياجاتهم للمعرفة الواسعة والعميقة ، كما ينفرون من المهام الروتينية التي لا تتحدي استعداداتهم العالية ، مما قد يؤدي إلي التراخي والتكاسل وربما الاستغراق في أحلام اليقظة والأفكار الخيالية ، وقد يهربون من المدرسة ونظراً لأنهم متفردون ، ومؤكدون لذواتهم ، يبحثون عن الجديد باستمرار ، فإن ما يلاقونه بسبب ذلك من رفض اجتماعي بل وسخرية وتهكم أحياناً يعرضهم للمعاناة النفسية ، وللتوتر والقلق والإحباط (عبد المطلب القريطي ،٢٠٠١ ، ١٩٦).

وعن **التوافق النفسي لدي المعوقين بدنياً فقد انتهت نتائج دراسة بيكنهام وآخرون** (Pakenham et al ., 1997) إلي أن مرضي التصلب الحدبي يبدون توافقاً اجتماعياً متدنياً. **وأسفرت نتائج دراسة كروكر وميجر** (Crocker & Major , 1989) إلي أن المعوقين بدنياً يبدون تفاعلات اجتماعية سلبية مقارنة بالعاديين ، ولديهم أفكار سلبية داخلية عن أنفسهم . ويظهرون الرفض ، والعزل والنقد الشديد ، ولديهم مستوي عال من الانغلاق الاجتماعي ، والشعور بالعجز والفشل ، وتدني مفهوم الذات ، والمعاناة من مشكلات في التواصل الاجتماعي والمشاركة في النشاطات الاجتماعية(**سعيد حسني** ، ٢٠٠٢-أ ، ١٨٣) ، كما أنهم يجدون صعوبات جمة في القدرة علي تحمل أي مسؤولية متصلة بالمهنة أو الأسرة وعدم القدرة علي مواصلة أي نشاط فردي أو جماعي (**فوقية حسن** ، ٢٠٠٦ ، ١٠١).

ويبدي المضطربين كلامياً ولغوياً صعوبات بالغة في التوافق الاجتماعي فعلي سبيل المثال الأفراد المتلجلجين يجدون صعوبات جمة في التوافق الاجتماعي:
(Mahr & Torosian , 1999).

الدوافع *Motives*

إن عملية التوافق هي سلسلة من الخطوات تبدأ عندما يشعر الفرد بحاجة أو دافع وتنتهي عندما يشبع هذه الحاجة أو يرضي هذا الدافع ، ودوافع الإنسان كثيرة لا حصر لها

منها ما هو فطري وهذه الدوافع أولية لا يحتاج الفرد لتعلمها ومنها ما هو مكتسب أي دوافع ثانوية يكتسبها الفرد خلال عملية التطبع (**عباس عوض ، ١٩٧٧ ، ٥٥**).

ونستطيع أن نتنبأ بما يمكن أن يقوم به الفرد في كل موقف من المواقف إذ عرفنا فقط منبهات البيئة وحدها وأثرها علي الجهاز العصبي ، إذ لابد أن نعرف شيئاً عن حالته الداخلية كأن نعرف حاجاته وميوله واتجاهاته وعلاقتها بالموقف بالإضافة إلي ما يعتلج في نفسه من رغبات وما يسعي إلي تحقيقه من أهداف وهذه العوامل مجتمعة هي ما نسميها بالدوافع (**عبد الرحمن عدس ، نايفة القطامي ٢٠٠٢، ١٢٥**).

والدوافع هي أساس التعلم والخبرة واتصال الفرد بالبيئة التي ينتمي إليها وعلي هذا فقدرة الفرد علي التوافق،وما يتمتع به من الصحة النفسية تكون رهن بحاله الدافعية لديه.

مفهوم الدافع

يستعمل علماء النفس كلمات "**دافع**" ، "**الحاجة**" ، "**الحافز**" ، "**الغريزة**" بطرق معينة وكل هذه المصطلحات تُعد تكوينات ، عمليات داخلية مفترضة يبدو أنها تفسر السلوك ، ولكن لا يمكن ملاحظتها أو قياسها بصورة مباشرة .

ويطبق مصطلح الحاجات علي أوجه النقص التي قد تقوم علي متطلبات معينة جسمية أو متعلمة أو علي توليفة منهما، ويشير الدافع إلي حالة داخلية تنتج عن حاجة ما، وتعمل هذه الحالة علي تنشيط أو استثارة السلوك الموجه عادة نحو تحقيق الحاجة المنشطة ، ويطلق مصطلح الدوافع أيضاً علي الدوافع التي يبدو أنها تنشأ بصورة أساسية نتيجة للخبرات . أما تلك الحالات التي تنشأ لإشباع حاجات فسيولوجية أساسية (**مثل الحاجة للطعام والماء**) فتسمي بالحوافز ويطلق مصطلح الغريزة علي الحاجات الفسيولوجية والأنماط السلوكية المعقدة التي تظهر بالدرجة الأولي وراثية المصدر (**لندا دافيدوف ، ١٩٩٧ ، ٤٣١-٤٣٢**).

ويشير ابستاين *Epstein , 1982* **إلي ثلاث فروق مميزة بين الدوافع** *Motives* **والغرائز** *Instincts* **علي النحو التالي :**

١- يشير الملمح الأول إلي أن الأفراد يتعملون بطرق مختلفة لإشباع دوافعهم وتميل السلوكات الغرائزية إلي أخذ نفس الشكل. فعلي سبيل المثال فإن القطة الشاردة الجائعة من الممكن أن تجول في كثير من الممرات والطرق لافتراس فأر، بينما نجد أن قطة المنزل من الممكن أن تحصل علي الطعام وتقرقر فرحاً لأنها سوف تحصل علي غذائها المُؤمن ، كلتا القطتين تشعران بالجوع وفقاً للبرمجة الجينية في الاستجابة للظروف البيئية ، والحرمان من الطعام ، ولكن لأن كل قطة تعلمت بطريقة مختلفة

الحصول علي الطعام فإن ابستاين يعتبر الحصول علي الطعام في هذا المثال دافع وليس غريزة.

٢- الملمح الثاني المميز بين الدافع والغريزة يكون في التوقع باعتباره مكون معرفي للسلوك المدفوع ، والتوقع يكون محصلة لبعض النشاط الموجه لهدف ، والذي يكون مفقود أو متواجد علي نحو أقل في السلوك الغريزي.

٣- الملمح الثالث يتضمن الانفعالات ، فالسلوك المدفوع يكون أكثر احتمالاً أن يكون مصحوباً بتعبيرات الانفعال من السلوك الغريزي*(in : Brown &Cook, 1986 ,255)*.

ومصطلح الحاجة والدافع في الأدبيات النفسية استخدما بالتبادل. والدافعية هي محاولة لإشباع الحاجات ، وكل من الظروف الداخلية والخارجية تستثير وتؤثر في الحاجات*(Chambers, 1980)*.

والدوافع حالة داخلية من الاستثارة تنتج عن بعض المثيرات التي تؤدي إلي السلوك الذي يكون موجهاً نحو هدف ما *(Brown & Cook, 1986 ,252)*.

ويعرف (**علاء الدين كفافي** ،١٩٩٠ ، ٢٨١) **الدافع بأنه** القوة التي تجعل الكائن الحي ينشط لإصدار سلسلة من الأساليب السلوكية ، حيث تتجه هذه الأساليب نحو تحقيق هدف معين ، ثم تتوقف إذا تحقق الهدف".

ويعرفه (**عبد المطلب القريطي** ، ١٩٩٨ ، ٧٩) **بأنه** :"حالة داخلية أو نزعة في الكائن العضوي بيولوجية فسيولوجية أو نفسية أو اجتماعية من شأنها أن تثير توتره وتخل باتزانه ، ومن ثم تحرك سلوكه وتحفزه إلي مواصلة نشاطه في وجهة معينة سعياً لإرضاء حاجته ، أو تحقيق رغبته واستعادة نشاطه في وجهة معينة سعياً لإرضاء حاجته أو تحقيق رغبته واستعاده توازنه"

ويعرف (**حامد زهران** ، ٢٠٠٥ ، ٣٤) **الدافع بأنه**: "حالة جسمية أو نفسية داخلية (**تكوين فرضي**) يؤدي إلي توجيه الكائن الحي تجاه أهداف معينة ومن شأنه أن يقوي استجابات محددة من بين عدة استجابات يمكن أن تقابل مثيراً محدداً.

والأفراد الذين لديهم دافعية مرتفعة كما يراها كل من هونجا وهونجا *Hoyenga &Hoyenga , 1984* **يتميزون بما يلي**:

١- بالاندفاعية والسلوك العدواني لاسيما إذا كان الفرد ينتمي إلي بيئات اجتماعية اقتصادية متدنية.

٢- بالاشتراك في الألعاب الرياضية التنافسية مثل كرة القدم ، والهوكي ولعبة البيسبول، والتنس .

٣- الانضمام إلي المؤسسات والعمل بها.

٤- العمل علي تجميع الأملاك مثل اقتناء سيارة فارهة ، أو سيارات سباق أو بطاقات ائتمان......الخ

٥- اختيار المهن مثل : معلم أو أن يعمل دبلوماسي ، أو رجل أعمال ، أو المهن التي تمكن الفرد من أن يكون له تأثير علي الآخرين *(In: Morgan et al., 1986 , 287-288)*

الأسس التي تقوم عليها الدوافع

أولاً : مبدأ الطاقة والنشاط *Energy and Activity*

· تؤدي الدوافع إلي القيام بحركات جسمانية وذلك بمد عضلات الجسم بالطاقة ، وتفريغ شحنة هذا النشاط بالاستثارة الجسمانية من البيئة الخارجية أو من داخل الكائن الحي .

ثانياً: مبدأ الغرضية *Purposivism*

تؤدي الدوافع إلي توجيه السلوك نحو غرض أو هدف.

ثالثاً: مبدأ التوازن*Equilibrium*

أن الكائن الحي لديه الاستعداد لأن يحتفظ بحالة عضوية ثابتة متوازنة فإذا تغير هذا الاتزان حاول الجسم استعادته.

رابعاً: مبدأ الحتمية الديناميكية *Dynamic Determinism*

ومعني هذا أن كل سلوك له أسباب ، وهذه الأسباب توجد في الدوافع ومن هذه الدوافع ما هو فسيولوجي في أصله كالحاجة إلي الطعام ، ومنها ما هو مكتسب متعلم (محمد مصطفي ،١٩٨٤ ، ٢٣).

أبعاد الدوافع

١- **مدة البقاء أو الاستمرار**: تعد الفترة لبقاء الدوافع من أكثر الأبعاد وضوحاً في وصفها ، فمن ناحية تستمر بعض الدوافع فترة زمنية قصيرة جداً أو طويلة.

٢- **الطابع الدوري**:والمقصود به أن دوافع الكائنات الحية تمر بدوره كاملة تبدأ بالحاجة الشديدة إلي إشباع الدوافع،ثم الإشباع وخفض التوتر ثم الحاجة مرة أخري.

٣- **السكون** : ويقصد بهذا البعد أن بعض الدوافع قد تتسم بالسكون بصورة تامة لفترات زمنية طويلة،ثم تعاود الظهور فجأة بقوة كبيرة حينما تصبح الظروف مناسبة.

خصائص الدوافع البيولوجية :

١- أنها دوافع وراثية يولد بها الإنسان وتبدأ في تحريك سلوكه منذ البداية الأولي للحياة وتتفتح حسب نظام ثابت إلي حد كبير، ولا يفيد معها تعلم كي تتغير تغيراً جوهرياً أو تلغي إلغاء تاماً .

٢- أنها دوافع لا غني للإنسان عنها ولا غني له عن إحداها ولا يمكنه استبدال واحد منها بالآخر أو بدافع جديد.

٣- لا تحكم شدتها وفاعليتها عوامل خارجية بل تختلف تلك الشدة وفق النقص أو الزيادة في إشباعها (**أحمد فائق ، محمود عبد القادر ، ١٩٨٠ ، ٣٠٦**).

٤- إنها تؤدي وظيفة بيولوجية هامة هي المحافظة علي بقاء الكائن الحي واستمرار النوع.

٥- أنها عامة لدي جميع الكائنات البشرية والحيوانية فنحن جميعاً نشعر بهذه الدوافع ، كما أنها توجد أيضاً عند الحيوان.

٦- أنها تحدث نتيجة لاضطراب التوازن العضوي والكيميائي للجسم فإذا اختل هذا "التوازن الذاتي" بسبب وجود أي اضطراب أو نقص عضوي أو كيميائي في الجسم ، ظهرت في الحال بعض العمليات الجسمية التعويضية التي تحاول سد هذا النقص وإزالة حالة الاضطراب ، وإعادة حالة التوازن الذاتي(**ثائر أحمد ، ٢٠٠٨ ، ٢٥-٢٦**).

والقرآن لا يدعو إلي كبت دوافعنا الفطرية ، ولكنه يدعو إلي تنظيم إشباعها والتحكم فيها ، وتوجيهها توجيهاً سليماً تراعي فيه مصلحة الفرد والجماعة بحيث يصبح الفرد هو المسيطر علي دوافعه ، والموجه لها ، ولا تكون دوافعه هي المسيطرة عليه والموجهة له (**محمد نجاتي ، ٢٠٠١ ، ٥٦**) .

(ب) الدوافع النفسية

هي تلك الدوافع التي لم يتضح لها أصل عضوي ، ونحن نفشل في استخدام هذه العبارة عن تلك العبارة الشائعة التي تعرف الدوافع الثانوية بأنها تلك الدوافع ذات الأصل النفسي ، والسبب في تفضيلنا للعبارة الأولي ، أننا نري أن العبارة الثانية خطأ علمي ، فنحن لا نستطيع أن نثبت علمياً أن الدوافع الثانوية لها أصل نفسي(**عبد السلام عبد الغفار، ٢٠٠٧ ، ٦٤**) .

وهذه الدوافع تصنف في الدوافع الداخلية الفردية وتتمثل في سعي الكائن الحي للقيام بشيء معين لذاته فهي بمثابة دوافع فردية تحقق الذات للفرد ، حيث ترتبط بوظائفه الذاتية وتحقق توازنه من خلال استجاباته المختلفة مثل دافع حب الاستطلاع ،

ودافع الانجاز، ودافع الكفاءة، أما الدوافع الخارجية الاجتماعية فهي الدوافع التي تنشأ نتيجة لعلاقة الكائن الحي بالأشخاص الآخرين، ومن ثم تدفع الفرد للقيام بأفعال معينة إرضاء للمحيطين به أو الحصول علي تقديرهم أو تحقيق نفع مادي أو معنوي مثل دافع الانتماء، ودافع التنافس، والسيطرة للحصول علي المزايا الاجتماعية والمادية(**ثائر أحمد**، ٢٠٠٨، ٣٢٠-٣٦).

والدوافع الاجتماعية دوافع معقدة فهي روافد ومنابع للعديد من الأفعال الإنسانية وتسمي بالاجتماعية لأنها متعلمة من خلال المجموعات الاجتماعية لاسيما في نطاق الأسرة وكما أنها تتضمن الناس الآخرين. والفرد في سعيه إلي بناء علاقات اجتماعية مع الآخرين يعمل في نفس الوقت علي المحافظة علي استمرارية هذه العلاقات، وعلي هذا تُعد الدوافع الاجتماعية مكون رئيس من مكونات الشخصية*(Morgan et al., 1986, 280-281)*

والدوافع الاجتماعية قوة توجه السلوك الإنساني نحو أنماط محددة من العلاقات مع الأفراد الآخرين، ولا توجد قائمة بالدوافع الاجتماعية مقبولة تتصف بالعمومية، ربما أكثر المحاولات تأثيراً تكون قائمة الدوافع الاجتماعية لموراي *Murray ,* *1938* والتي اقترحها موراي بعد دراسات مكثفة للحاجات الإنسانية التي تتضمن الانجاز (**إكمال المهام الصعبة**) الاستقلال، الفهم، السيطرة التنظيم، اللعب، التنشئة. وهو يعتقد أن السلوك الإنساني يفهم بصورة أفضل من خلال دراسة التفاعل بين هذه الدوافع الاجتماعية داخل الفرد *(Hassett , 1984 ,375- 376)*.

ولما كانت الدوافع الاجتماعية تنشأ عن الحضارة والتفاعل الإنساني وهذه بطبيعتها في تقلب وتغير دائمين، فإن عملية التوافق الخاصة بإشباع هذه الدوافع الاجتماعية تصبح أكثر خطراً في حياة الإنسان لما يتطلبه من مرونة وقدرة علي تعديل استجاباته كلما تغيرت الظروف الاجتماعية والبيئية التي يعيش فيها، ولذا كان إشباع الدوافع الاجتماعية في كثير من الأحيان أمراً عسيراً (**نبيلة الشوربجي**، ٢٠٠٧، ١٦).

وتلعب الدوافع النفسية دوراً كبيراً في حياة الإنسان يفوق في كثير من الأحيان الدور الذي تلعبه الدوافع البيولوجية التي تعتبر سهلة الإشباع إلي حد ما. فالسلوك المبكر للرضيع يتحدد وبشكل كبير بواسطة حاجات الرضيع البيولوجية الأ[illegible]، فهو يبكي عندما يجوع أو يبرد أو يتألم، ولكنه حالما ينمو يبدأ بالبكاء لجلب أمه لديه، وسرعان ما تظهر لديه دوافع جديدة يتعلمها عن طريق التفاعل مع الناس الآخرين وبشكل خاص والديه (**عبد الرحمن عدس نايفة القطامي**، ٢٠٠٢، ١٣٣).

وهناك الدوافع الشعورية والدوافع اللاشعورية: **فالدوافع الشعورية :**
هي تلك الدوافع التي تدخل في وعي الشخص،وتكون تحت سيطرته فيكون قادراً علي التحكم فيها، وعلي توجيهها وعلي تعديلها أو إيقافها فهي دوافع تحت سيطرة الشخص لأنها خاضعة لعقله الواعي ، مثل اختيار المهنة تناول الطعام ....الخ

أما الدوافع اللاشعورية : فهي تلك الدوافع التي توجد وراء التصرفات التي يأتيها الشخص عن غير قصد أو وعي والتي يجد نفسه قائماً بها من غير أن يشعر ، ففي كثير من الحالات يتصرف الشخص تصرفات لا يدرك لها سبباً ولا يعرف لها أثراً ، وتكون في الحقيقة صادرة من أعماق نفسه ومن فعل اللاشعور مثل التعدي غير المقصود أو الحب أو الكراهية(**نبيلة الشوربجي ، ٢٠٠٧ ، ١٣٦ ١٣٧**) ، أو زلات اللسان وهفوات القلم فكثيراً ما ننطق بكلمات لا نقصدها وإنما نعبر عن أشياء داخل أنفسنا(**سهير كامل،١٩٩٣، ١٠٨**).

وقد أشار القرآن إلي التعبير اللاشعوري عن طريق فلتات اللسان عما يجيش في النفس من دوافع يحاول الإنسان كتمانها وإخفاءها .

(أَمْ حَسِبَ ٱلَّذِينَ فِي قُلُوبِهِم مَّرَضٌ أَن لَّن يُخْرِجَ ٱللَّهُ أَضْغَٰنَهُمْ ﴿٢٩﴾ وَلَوْ نَشَآءُ لَأَرَيْنَٰكَهُمْ فَلَعَرَفْتَهُم بِسِيمَٰهُمْ ۚ وَلَتَعْرِفَنَّهُمْ فِي لَحْنِ ٱلْقَوْلِ ۚ وَٱللَّهُ يَعْلَمُ أَعْمَٰلَكُمْ)
(محمد :٢٩-٣٠).

ويروي عن أمير المؤمنين عثمان بن عفان رضي لله عنه أنه قال في هذا المعني "ما أسر أحد سريرة إلا أبداها الله علي صفحات وجهه وفلتات لسانه " وفي الحديث الشريف "ما أسر أحد سريرة إلا كساه الله جلبابها إن خيراً فخير وإن شراً فشر(محمد نجاتي ،٢٠٠١، ٥٣).

العلاقة بين الدوافع الفسيولوجية والنفسية

هناك علاقة وثيقة بين الدوافع الأولية والثانوية فالأثر البالغ للدافع من منبه خارجي قد يزداد كثيراً من جراء اقترانه بأثر ناشئ عن منبه داخلي والعكس بالعكس ، وحتى برغم ذلك ربما لا يكون أحدهما علي قوة كافية لتنشيط الدوافع ، كذلك يحتمل جداً أن تتيح عملية التفكير فكرة معينة مثيرة للدوافع عندما يكون التنبيه من البيئة الداخلية أو الخارجية أو منهما معاً أقل ما يمكن وعلي العكس فإن وجود هذه الفكرة قد يقوي أثر المنبهات الخارجية أو الداخلية ذلك أن الفكرة العابرة عن الطعام قد لا تكفي وحدها لإثارة دافع الجوع الفعال إلا إذا صاحبها تقلص المعدة قليلاً (**تنبيه داخلي**) ورؤية الطعام (**تنبيه خارجي**) (**ثائر أحمد ، ٢٠٠٨ ، ٣٨**).

نظريات الدافعية

١- نظرية الغرائز *Incentive Theory*

اعتقد العلماء في القرن الثامن عشر أن ما يحرك سلوك الحيوانات هو قوي معينة تسمي الغرائز، وهي حالة فطرية تثير بصورة منتظمة استجابة محددة عند ظهور نمط معين من المثيرات. وعندما نشر دارون آراءه عن التطور وأصل الأنواع موضحاً أن الفرق بين الإنسان والحيوان هو فارق في الدرجة وليس في النوع سارع بعض العلماء في تطبيق مفهوم الغريزة أيضاً علي السلوك الإنساني (**ليندا دافيدوف**، ١٩٨٨، ٤٣١).

ويرجع السبق إلي عالم النفس الانجليزي مكدوجل *McDougal* **والذي يعرف الغريزة بأنها:** "استعداد عصبي نفساني يجعل صاحبه ينتبه إلي مؤثرات من نوع خاص، ويدركها إدراكاً حسياً، ويشعر بانفعال من نوع خاص عند إدراكها. ويسلك نحوها سلوكاً خاصاً، أو علي الأقل يشعر بنزعة لأن يسلك نحوها هذا المسلك" **وتتميز الغريزة بأنها**: عامة في النوع، وفطرية أي تظهر دون سابق تعلم (**سعد جلال**، ١٩٨٥، ٤١٣-٤١٤).

ومن خلال عقد موازنة بين سلوك الإنسان وسلوك الحيوان، وعلي موازنة أنواع سلوك الإنسان في مراحل النمو المختلفة، وصل مكدوجل بذلك إلي أن الدوافع الأولية للسلوك واحدة في الإنسان والحيوان الراقي. وأن هذه الدوافع فطرية وراثية وأنها هي محركات السلوك، خصوصاً إذا اجتمعت مع بعض المؤثرات الخارجية (**عبد العزيز القوصي**، ١٩٧٥، ٦٢).

ويعيش الشخص الغرائز من خلال تجاربه في صورة عواطف تجاه موضوعات خارجية أو أفكار، فهو لا يعيش العدوانية وإنما كراهيته لهذا الشخص ولهذا الشيء، مما يفترض التفاعل بين الشخص والبيئة (**صلاح مخيمر**، ١٩٧٩، ١١٥).

ومن الغرائز التي أثبت وجودها مكدوجل ما يأتي:

١- غريزة الخلاص: وهي استعداد يستثار في الإنسان إذا ما أدرك نفسه في موقف خطر، ويحاول أن يخلص نفسه بالهرب وهي موجودة لدي الإنسان والحيوان.

٢- **غريزة الوالدية**: وانفعالها المصاحب هو الحنو، وهي تستثار عند إدراك الضعف في الآخرين وحاجتهم إلي المساعدة (**عبد العزيز القوصي**، ١٩٧٥، ٦٦).

٣- غريزة حب الاستطلاع وانفعاها (**التعجب**)، الهرب وانفعالها (الخ[illegible])، البحث عن الطعام وانفعالها (**الجوع**)، النفور وانفعالها (**الاشمئزاز**)، الخنوع وانفعالها (**الشعور بالنقص**)، السيطرة وانفعالها (**الزهو**)، الحل والتركيب وانفعالها (**حب العمل والنشاط**)، غريزة الضحك وانفعالها (**التسلية**) (**محمد مصطفي**، ١٩٨٤، ١٤).

ويشير مادسين(Madsen, 1973) إلي أن تفسيرات مكدوجل عن الغريزة تري ككل شامل وتتضمن كل من الأداء المعرفي المباشر، والأداء التنشيطي الدينامي.

وعرض ثورندايك *Thorndike* قائمة بعدد الغرائز (٤٢) غريزة منها غريزة الأكل والمقاتلة والضحك والبكاء، أما وليم جيمس James فقد عرض قائمة في أواخر القرن التاسع عشر تكونت من (٣٢) غريزة: منها غريزة الغيرة والخوف والتنافس والابتسام....الخ (صالح حسن، ٢٠٠٨، ١١٨).

وفي ضوء نظرية التحليل النفسي*Psychoanalytical Theory* حاول فرويد تحديد الغرائز من خلال خفض كبير في عددها وحددها في غريزة *Eros* والتي تتضمن بقاء النوع، ويكون الجنس أساسي في هذا النوع، ويرتبط كذلك بغرائز الحصول علي الطعام والماء وبقية الضروريات الحياتية الأخرى، أما النوع الأخر من الغرائز فقد أطلق عليه فرويد غريزة *Thanatos* والتي تتضمن الموت أو الفناء، ويري فرويد أن كل من غريزة الحياة وغريزة الموت في حالة من الصراع ويعتقد أن الغرائز غالباً ما يحدث لها كبت بسبب المعايير الاجتماعية، ولكنها تبقي في منطقة اللاشعور كدوافع لاشعورية والتي تعبر عن نفسها بطرق مختلفة(Brown & Cook , 1986 , 253).

وطبقاً لنظرية فرويد، يحدث نوع من التفاعل بين خبرات الطفولة المبكرة والنزعات اللاشعورية المكبوتة عن حافزي الجنس والعدوان حيث يقوم الآباء والراشدون الآخرون بمنع الأطفال من التعبير الحر عن السلوك بهذين الحافزين الأمر الذي يكره هؤلاء الأطفال علي كبت هذا السلوك وإيداعه في المخزن اللاشعوري، بيد أن العملية لا تنتهي عند هذا الحد، فعمليات الكبت لا تؤدي إلي إنهاء فاعلية حافزي الجنس والعدوان وأثرهما علي نحو مطلق، بل يمارسان أثرهما في تحديد السلوك علي مستوي لاشعوري، حيث يمكن التعبير عن الرغبات والدوافع المكبوتة بأشكال سلوكية أخري مقنعة تتجسد أحياناً في ممارسة بعض أنماط السلوك التخريبي(عبد المجيد نشواتي، ١٩٨٤، ٢١٦).

وقد تركت نظرية الغرائز افتراض ضمني وأساسي مفاده أن الجينات تهيئ الكائنات للقيام بسلوك نموذجي أو مشابهة:

(*Typical – Behavior*) يمثل قوة باقية (Myers , 1995 , 398)

علي أن النقد الأساسي الموجه إلي نظريات الغرائز يقوم علي أساس ما يوحي به لفظ "الغريزة" عند الحيوان وخصوصاً الحيوانات الدنيا من جمود ونمطية وثبوت للسلوك يصل إلي حد الالتزام بقوالب محددة للسلوك لا تتغير ولا تتبدل(صموئيل مغاريوس،١٩٧٤،١٥).

وقد فطن علماء النفس فيما بعد إلي أن الغرائز لا تفسر سلوك الإنسان بقدر تصنيفها للسلوك فقط ، أيضاً وجدوا أن هذه النظرية قد أهملت أثر التعلم والثقافة في السلوك ، وذلك علي أساس أن ليس هناك سلوك غريزي بحت دونما أثر للبيئة والتعلم . ذلك علي الرغم من أن "مكدوجل" نفسه قد تطرق إلي فكرة تعديل الغرائز ، حيث رأي أنه من الممكن تعديل الغريزة بحيث تظهر في صورة مختلفة عن صورتها الأصلية ، وذلك نتيجة لأثر الذكاء ، وقدرة الإنسان علي التكيف(**حمدي علي الفرماوي ،٢٠٠٤ ،٢٠**).

والغرائز تبلغ المئات بل والآلاف طالما أن لكل سلوك غريزته التي تحركه فضلاً عن أن وجهه النظر هذه تقف فقط عند مجرد وصف السلوك ولا تفسره فالقول بأن الإنسان يرغب في أن يكون له أصدقاء لأن لديه غريزة اجتماعية لا يقدم من معرفتنا، ولا يساعدنا علي فهم السلوك وضبطه أو التحكم فيه كأهداف أساسية لعلم النفس (**عبد المطلب القريطي ، ١٩٩٨ ، ٨٢-٨٣**).

والغرائز شهوات فطرية ترغب فيها النفس وتميل إليها ، وقد وهب الله سبحانه هذه الغرائز للإنسان وجعلها جزءاً من تكوينه ليؤدي دوره في الحياة ويحفظ بقاء الجنس البشري ، **وقد عبر الله سبحانه وتعالى:-**

(زُيِّنَ لِلنَّاسِ حُبُّ ٱلشَّهَوَٰتِ مِنَ ٱلنِّسَآءِ وَٱلْبَنِينَ وَٱلْقَنَٰطِيرِ ٱلْمُقَنطَرَةِ مِنَ ٱلذَّهَبِ وَٱلْفِضَّةِ وَٱلْخَيْلِ ٱلْمُسَوَّمَةِ وَٱلْأَنْعَٰمِ وَٱلْحَرْثِ ۗ ذَٰلِكَ مَتَٰعُ ٱلْحَيَوٰةِ ٱلدُّنْيَا ۖ وَٱللَّهُ عِندَهُۥ حُسْنُ ٱلْمَـَٔابِ ﴿١٤﴾ ۞ قُلْ أَؤُنَبِّئُكُم بِخَيْرٍ مِّن ذَٰلِكُمْ ۚ لِلَّذِينَ ٱتَّقَوْا۟ عِندَ رَبِّهِمْ جَنَّٰتٌ تَجْرِى مِن تَحْتِهَا ٱلْأَنْهَٰرُ خَٰلِدِينَ فِيهَا وَأَزْوَٰجٌ مُّطَهَّرَةٌ وَرِضْوَٰنٌ مِّنَ ٱللَّهِ ۗ وَٱللَّهُ بَصِيرٌۢ بِٱلْعِبَادِ) (آل عمران :١٤، ١٥).

والشهوة الجنسية غريزة جبلت عليها النفس البشرية ، وقد سمى الله سبحانه الانحراف في هذه الشهوة مرضاً ودلنا علي النجاة منها **فقال تعالى على لسان يوسف عليه السلام :**

(قَالَ.... مَعَاذَ ٱللَّهِ ۖ إِنَّهُۥ رَبِّىٓ أَحْسَنَ مَثْوَاىَ ۖ إِنَّهُۥ لَا يُفْلِحُ ٱلظَّٰلِمُونَ) (يوسف : ٢٣)

وقال تعالي :

(وَلَا تَقْرَبُوا۟ ٱلزِّنَىٰٓ ۖ إِنَّهُۥ كَانَ فَٰحِشَةً وَسَآءَ سَبِيلًا) (الإسراء :٣٢)

وأمر الإسلام بحجاب النساء قال تعالى:

(....وَإِذَا سَأَلْتُمُوهُنَّ مَتَـٰعًا فَسْـَٔلُوهُنَّ مِن وَرَآءِ حِجَابٍ ۚ ذَٰلِكُمْ أَطْهَرُ لِقُلُوبِكُمْ وَقُلُوبِهِنَّ ۚ ....) (الأحزاب: ٥٣)

كما أرشد الله سبحانه وتعالى إلى الاعتدال في الطعام والشراب فقال تعالى:

(......وَكُلُوا۟ وَٱشْرَبُوا۟ وَلَا تُسْرِفُوٓا۟ ۚ إِنَّهُۥ لَا يُحِبُّ ٱلْمُسْرِفِينَ) (الأعراف: ٣١).

٢- نظرية خفض الدافع *Drive-Reduction Theory*

مع تداعي نظرية الغريزة فمن المتوقع أن يحل محلها نظرية خفض الدافعية، والفكرة التي تقف وراء هذه النظرية أن الحاجات الفسيولوجية تؤدي إلي حالة فسيولوجية مستثارة تدفع الأعضاء لخفض الحاجة من خلال تناول الطعام والشراب، والهدف الفسيولوجي لخفض الدافع يكون إحداث حالة من الهيموستازي أو التوازن، والحفاظ علي الحالة الداخلية مستقرة *(Myers , 1995, 398)*.

وقد رأي هل ومساعدوه أن الدوافع الإنسانية كافة بصرف النظر عن نوعها ومستوي شدتها هي امتدادات وتعبيرات عن الحاجات الفسيولوجية الأساسية فالناس مثلاً يشعرون بالحاجة إلي التقبل الاجتماعي لأنهم كانوا يُطعمون ويُعتني بهم في صغرهم من أم حانية وأب عطوف فتنمو لديهم تدريجياً من خلال التعميم والاشراط حاجة بحد ذاتها وتصبح حافزاً مكتسباً (راضي الوقفي، ٢٠٠٣، ٣١١).

٣- نظرية الاستقلال الذاتي للدوافع

صاحب هذه النظرية ألبورت *Allport* الذي يري أن سلوك البالغ يختلف في دوافعه عن سلوك الطفل، كما أن البالغ يتميز بتنوع سلوكه وتعدد أهدافه فضلاً علي أنه لا يوجد فردان يتشابهان في دوافعهما، فكيف يمكننا إذن أن نرد اختلاف الأهداف في الأفراد المختلفين إلي غرائز مشتركة؟

يري ألبورت أن الإنسان كلما كبر تغيرت دوافعه وحل غيرها محلها، ففي مرحلة تطور الفرد ونموه تتغير دوافعه واستعداداته التي كانت في طفولته وتتحول إلي قوي متميزة، وهذه القوي تستقل بنفسها عن أصولها وتصبح دوافع في ذاتها لها استقلالها الذاتي وهي بذلك تختلف اختلافاً تاماً في أهدافها عن دوافع الطفولة وطبقاً لهذه النظرية يفسر سلوك البالغ حسب دوافعه الحالية عن طريق ميوله ورغباته دون الحاجة إلي إرجاعها إلي أصول غريزية أو ما شابهما (**محمد مصطفي**، ١٩٨٤، ١٧-١٨).

٥- النظرية العملية المعارضة *Opponent-Process Theory*

يري سَلمن وكوربت ، وسَلمن *Salomon & Corbit, 1974; Solomon,1980* أننا مدفوعين للبحث عن الأهداف التي تمنحنا أو تزودنا بالمشاعر الانفعالية الجيدة ، ونتجنب الأهداف التي ينتج عنها الانزعاج أو الاستياء . وهذه النظرية تركز علي السعادة لذا يمكن اعتبارها نظرية في الانفعالات ، كما أن هذه النظرية تفصل بين مفهومي السعادة والاستياء ، ويشير سَلمن إلي أن العديد من الدوافع المكتسبة تنشأ من التفاعل بين عمليتين متعارضتين في المخ مثل السعادة في استجابة للألم أو الألم في استجابة للسعادة ، وتشير هذه النظرية إلي أن العديد من حالات الدافعية الانفعالية تكون متبوعة بما يضادها فمشاعر السعادة والسرور تتبع بمشاعر الخوف والفزع فعلي سبيل المثال الشخص الذي يتعاطي الهيروين لأول مرة يشعر باندفاع وتدفق السعادة ويحدث بعد ذلك أن يشعر الفرد بأنه أقل سعادة والاستياء وحدوث الأعراض الانسحابية ، ويشير سَلمن إلي أن تتابع الأحداث يؤسس في ضوء البنية المخية والتي تعمل بطريقة إرادية علي خفض المشاعر الحادة ، .(Morgan et al ., 1986 , 270-271; Hassett , 1984 , 366)

النظرية الديناميكية

من أصحاب هذه النظرية وودورث *Woodworth* الذي مهد السبيل لاستعمال مصطلح الدوافع *Drives* بدلاً من غرائز . فالكائن الحي له دوافع أو حاجات والتي تشبع عن طريق النشاط الذي يقوم به الكائن الحي في البيئة وهناك نوعان من النشاط أحدهما النشاط الاستهلاكي فالحاجة إلي الأكل يشبعها الأكل نفسه والثاني النشاط الاستعدادي: ولهذا اللون من النشاط قيمته غير المباشرة للكائن الحي ذلك أنه يهيئه ويعده للقيام بالنشاط الاستهلاكي وهذا النشاط بدوره نوعان أحدهما يمثل حالة اليقظة ، والاستعداد لمثير لم يتقرر بعد وقد يبعث هذا المثير استجابة ما ، والثاني هو التكيف الاستعدادي ، ويتم هذا في حالة استثارة النشاط الاستهلاكي وهذا النوع الثاني له هدف ، إذ يؤدي إلي القيام بسلوك البحث(محمد مصطفي ، ١٩٨٤ ، ١٨-١٩).

٦- نظريات المستوي المثالي أو الأفضل *Optimal-LevelTheories*

تشير هذه النظرية كما يري فيسك ومادي ، وبيرلاين *Fiske & Maddi,1961; Berlyne, 1971* إلي أن السلوك يكون موجهاً نحو البحث عن المستوي المثالي أو الأفضل من الاستثارة أو التوازن ، أو حالة الهيموستازي في العمليات الفسيولوجية الداخلية ، فعلي سبيل المثال إذا كانت الاستثارة منخفضة جداً فإن الشخص سوف يبحث عن المواقف أو المثيرات ليزيد الاستثارة ، أما إذا كانت الاستثارة عالية جداً فإن السلوك

سوف يوجه نحو خفضها . فيميل الجسم للمحافظة علي المستوي الأفضل للعمليات الفسيولوجية من خلال ضبط حرارة الجسم ، وحامضية سوائل الجسم ، ومستوي الماء في الجسم(Morgan et al., 1986, 272). وتقترح النظرية أن الناس يندفعون لأن يسلكوا بأساليب تبقيهم في المستوي المثالي للاستثارة ، ويتفاوت الناس في هذا المستوي: (Myers , 1995 , 398)

٧- النظرية السلوكية Behavioral Theory

في ضوء هذه النظرية رفض واطسن Watson , 1913 الاعتراف بالغرائز واللاشعور ويقترح أن السلوك الإنساني يمكن تفسيره علي نحو وافي من خلال نظرية التعلم في الاستجابات للمواقف أو للمثيرات(Brown & Cook , 1986 ,253-254).

وتركز هذه النظرية علي سلوك الإنسان الملاحظ ، وتكوين علاقة حتمية بين المثير والاستجابة ، والاتجاه السلوكي علي وجه العموم يتصور دور الدوافع بالنسبة للشخصية **علي الوجه الأتي:**

١- أن الغرائز لها تأثيرها علي الشخصية ، ولكنها ليست محوراً أساسياً في تكوين الشخصية.

٢- تهذيب الشخصية وتنميتها من خلال المواقف التي يمر بها الشخص . وبقدر ما يمر الشخص بمواقف بقدر ما يمتلك من خبرات.

٣- تعترف هذه المدرسة بالدوافع الفطرية ، وبدورها في تحريك نشاط الفرد إلا أنهم يتصورون فقط أن هذه الدوافع الفطرية تركز علي مجموعة محدودة من الانفعالات ، والتي يمكن ملاحظتها دون الدخول في متاهات اللاشعور (سيد سبحي ، ٢٠٠٣ ، ٤٥).

وكان ثورندايك من أوائل العلماء الذين تناولوا مسألة التعلم تجريبياً وفسر هذا التعلم بقانون الأثر حيث يؤدي الإشباع الذي يتلو استجابة ما إلي تعلم هذه الاستجابة وتقويتها ، ويأخذ هل Hull , 1952 بقانون الأثر ، ويحدده علي نحو أكثر دقة مما فعل ثورندايك حيث يستخدم مصطلح تخفيض أو اختزال الحاجة للدلالة علي حالة الإشباع ، ومصطلح الحافز للدلالة علي بعض المتغيرات المتدخلة الواقعة بين الحاجة والسلوك وقد حدد هل علاقة السلوك بالحاجة والحافز **حسب النموذج التالي** :حاجة-حافز- سلوك - اختزال الحاجة . وتعتبر الحاجة طبقاً لهذا النموذج متغيراً مستقلاً ، يلعب دوراً مؤثراً في تحديد الحافز كمتغير متدخل ويلعب هذا بدوره دوراً مؤثراً في تحديد السلوك ، فتصدر عن المتعلم استجابات معينة تؤدي إلي اختزال الحاجة ، الأمر الذي يعزز السلوك وينتج

التعلم، أي أن العلاقات التفاعلية بين الحاجات والحوافز هي التي تحدد الاستجابات الصادرة في وضع معين وتؤدي إلي تعلمها(**عبد المجيد نشواتي ، ١٩٨٤ ، ٢٠٨**).

نظرية الجشطلت *Gestalt School*

إن أنصار النظرية الكلية أو الجشطلت ومنهم كهلر وكوفكا يرفضون رؤية المدرسة السلوكية التي تقوم علي التفسير الآلي الفسيولوجي للسلوك ، كما أنهم أيضاً لا يفسرون السلوك بالغرائز كما نري مدرسة التحليل النفسي فالغريزة عندهم ما هي إلا استعداد عام للنشاط والحركة يولد بها الكائن الحي ، ولكن أنصار هذه المدرسة ذهبوا إلي أن الكائن الحي يعيش وسط بيئة اجتماعية ومادية معينة وأن أي تغير يطرأ علي عناصر هذه البيئة يسبب للكائن الحي الشعور بالقلق . والتوتر ، وعدم الاستقرار ، ولا يزول هذا التوتر إلا إذا قام الكائن الحي بنشاط معين وأن هذه البيئة تختلف من فرد إلي آخر ، وأن السلوك يفسر علي أساس البيئة السلوكية للفرد التي يطلق عليها المجال السلوكي فعندما يختل توازن المجال السلوكي يشعر الكائن الحي بحالة من التوتر ، والقلق وغياب التوازن النفسي (**مختار نور الدين ، ٢٠٠٤ ، ١٥٤-١٥٥**).

نظرية التنافر المعرفي لفستنجر *Festinger*

تري هذه النظرية طبقاً لفستنجر أن الأشخاص يسعون إلي تحقيق الاتساق داخل أنساق معتقداتهم ، وتحقيق الاتساق بين أنساق معتقداتهم وسلوكهم ، ومع ذلك هناك تنافر داخل أنساق معتقدات معظم هؤلاء الأشخاص كما يوجد تنافر بين بعض عناصر أنساق معتقداتهم وسلوكهم . وعندما يمتد التنافر إلي أشياء تمثل أهمية بالنسبة للأفراد تنشأ لديهم حالة من التوتر وعدم الارتياح يطلق عليها فستنجر" **التنافر المعرفي**" وهذه الحالة عندما يشعر الفرد بها تدفعه إلي أن يخفض درجة التنافر أو يستبعده بهدف تحقيق الاتساق ، ومن ثم يعد التنافر المعرفي مصدراً للتوتر يؤثر في سلوك الأشخاص(**ثائر أحمد ، ٢٠٠٨ ، ٧٠**).

نظرية المجال Field Theory

لفهم نظرية المجال نأخذ ما يحدث أثناء الجوع ، فالجوع عبارة عن نقص في حالة الأنسجة والعضلات الداخلية الاحشائية ، وفي حالة الدورة الدموية يصاحبه اضطراب في الاتزان ، نتيجة هذا الاضطراب سعي لاستعادته هذا السعي هو البحث عن الطعام ، والقيام بحركات يترتب عليها تناول الطعام وسد النقص ، واستعادة التوازن ، والوصول إلي حالة سكون في هذه الناحية والنشاط بكل أنواعه يرجع لحالة توتر ، والتوتر يمثل الحاجة للنشاط ، وفي رأي هذه النظرية أن التوتر والحاجة والدافع كلها شيء واحد.

وحياة الإنسان من الوجهة البيولوجية أو البيولوجية النفسية هي توافق داخلي مستمر لاستعادة التوازن(**عبد العزيز القوصي ، ١٩٧٥ ، ٦١**).

تركت هذه النظريات دوراً هاماً في فهم السلوك الإنساني وتكوين تصور واضح عنه، وبالرغم من تنوع النظريات التفسيرية للدافعية ، والتي تعكس وجهات نظر متباينة للإنسان والسلوك الإنساني ، واختلاف المبادئ التي تقوم عليها هذه المدارس التي ينتمون إليها ، إلا أنه لا توجد نظرية واحدة قادرة علي إعطاء صورة مفصلة وكاملة عن مفهوم الدافعية.

وظائف الدوافع

١- **تنشيط الكائن الحي** : لا يؤدي التوتر الذي يصحب إحباط الدافع لدي الكائن الحي إلي قيامه فقط بنشاط معين لإشباع هذا الدافع ، بل يجعله هذا التوتر يستمر في نشاطه حتى يحقق هدفه ويحافظ علي توازنه.

٢- **توجيه السلوك نحو هدف** : إن نشاط الكائن الحي المدفوع ليس عشوائياً وإنما هو موجه نحو هدف يأمل عن طريقه تحقيق إشباع هذا الهدف فإذا قامت عقبة لتحول بينه وبين هدفه فإنه يبذل قصارى جهده للوصول إلي هدفه أو إلي بديل مناسب .

٣- **انتقاء وتقوية الاستجابات الصحيحة**: إذا كان السلوك يستمر فإن الاستجابات التي تؤدي إلي إشباع الدافع سوف تتعلم تبعاً لقانون الأثر والاستجابات التي لا تحقق الإشباع تؤدي إلي زيادة التوتر وتدفع الكائن الحي إلي مواصلة محاولاته ، وهكذا تنشط الدوافع للكائن الحي وتوجه سلوكه نحو هدف معين ، كما تحدد السلوك الذي يتعلمه الفرد (**محمد مصطفي ، ١٩٨٤ ، ٧٣-٧٤**).

الحاجات *Needs*

يشير موراي إلي أن كثير من الباحثين يعتبرون أن معرفة حاجات الإنسان وما يرتبط بها من دوافع وأهداف واستجابات سوية وغير سوية ، ما تحقق منها وما لم يتحقق من الموضوعات الهامة في علم " **الصحة النفسية**" فعن طريق هذه المعرفة نستطيع فهم شخصيته ، وتفسير سلوكه ، فالإنسان لا يفكر ، ولا يتعلم العلم ، ولا يفعل أي شيء إلا إذا كان مدفوعاً بحاجة ما، تحركه إلي تحقيق ما يشبعها (في: **محمد عودة ،كمال مرسي،١٩٩٤، ٦٧**) .

ومن الوجهة المنطقية فإن استخدامنا لمفهوم الحاجات يعين علي فهم مشكلات الأشخاص في علاقتها بالواقع الاجتماعي الذي يعيشون فيه ، حيث أنه يوجهنا إلي تقصي الحاجات غير المشبعة ، والي البحث عن الخطأ أو الانحراف في مواجهة هذه الحاجات المختلفة مما يعينا بالتالي علي توجيه تلك الحالات وتتأثر بصفة بالأسلوب أو الطريقة التي تواجه بها هذه الحاجات وخاصة في الطفولة والحاجات تنسحب علي الكبار والصغار ، وعلي التلاميذ كما علي مدرسيهم ، وعلي الأطفال كما علي آبائهم ، وإن

كانت شدة الحاجات المختلفة تختلف باختلاف مرحلة العمر والنمو (صموئيل مغاريوس ، ١٩٧٤ ١٧ ٢٧).

مفهوم الحاجة

مفهوم فرضي يدل علي حالة من عدم الاتزان(**بسبب نقص شيء مادي أو معنوي**) تؤدي إلي توتر وإثارة الكائن الحي ، وتدفعه إلي النشاط والاستمرار فيه حتى يشبع حاجته ، فيعود إلي توازنه الداخلي(**محمد عودة ، كمال مرسي ١٩٩٤، ٦٧**).

ويعرف موراي Murray **الحاجة** بأنها تكوين فرضي ذات قوة ثابتة نسبياً مصدرها المخ تنظم ادراكاتنا وتفكيرنا وتصرفاتنا ، وبواسطتها يتم تشكيل مراكز الإثارة والمواقف غير المشبعة في اتجاه هدف معين . ويوافق علي أنه تدفعنا الحاجة إلي تحقيق اللذة الناتجة عن اختزال الحاجات غير المشبعة بدلاً من النزعة إلي التوازن البدني (**الهيوموستازي**) (**في : محمد السيد ، ١٩٩٨ ، ٣٣٩**).

ويتميز مفهوم الحاجة بأنه الأكثر شمولاً ومرونة من مفهوم الغريزة كما أنه يشتمل بالضرورة علي تأثر السلوك بالبيئة الاجتماعية ، ويدخل في الاعتبار تفاعل الفرد مع مجموعاته الاجتماعية . كذلك فهو لا يوحي بالجمود والعمومية وثبوت السلوك الذي يوحي به مفهوم الغريزة (**صموئيل مغاريوس ، ١٩٧٤ ، ١٦**).

ويشير مفهوم الحاجات في أدبيات التربية الخاصة إلي تلك المطالب الأساسية اللازمة لمساعدة أولياء أمور الأطفال ذوي الحاجات الخاصة علي مواجهة متطلبات رعايتهم ، مع تخفيف الجهد والعناء اللازم لذلك ، ومحاولة الحفاظ علي التوازن العضوي والنفسي لهم (**زيدان السرطاوي ، عبد العزيز الشخص ، ١٩٩٨ ، ٥٧**).

تصنيف الحاجات

ترتكز مساهمات ماسلو في نظريته حول الدافعية الإنسانية ، وأن فكرة الحاجات تكون مرتبة هرمياً ، لذلك فإن الحاجات في المستوي الأدنى ينبغي أن تشبع أولاً قبل الحاجات في المستوي الأعلى ، فالحاجات الفسيولوجية والحاجة إلي الأمن يجب أن تشبع قبل الحاجة إلي الحب ، ويعتقد ماسلو أن الأفراد يتباينون فيما بينهم في درجة إشباع احتياجاتهم *(Samuel , 1981, 87-88)*.

ويري ماسلو أن الكائنات الإنسانية تميل فطرياً للبحث عن الجمال والثقة والنمو لأقصى الدرجات لإمكاناتهم الفريدة للإتقان والإبداع *(Kagan & [illegible]eman , 1991 , 327)* وأن التركيز علي الآخرين والعالم يكون أكثر صعوبة إذا كان الفرد لديه قصور في كثير

من الحاجات (Maslow, 1968, 37) وقد حدد ماسلو الحاجات كأهداف تدفع الفرد لخفض حدة التوتر (Maslow, 1970).

ويمكن تناول هذه الحاجات وفقاً لرؤية ماسلو على النحو التالي :

(١) الحاجات الفسيولوجية *Physiological Needs*

تشتمل الحاجات الفسيولوجية على : الجوع ، والعطش ، والجنس والحاجة للأوكسجين ، والحاجة للنوم والتخلص من فضلات الجسم (محمد السيد ١٩٩٨ ، ٤٣٥) .

والفرد مدفوع وقبل كل شيء إلي إشباع حاجاته البيولوجية . وفي حال عدم إشباع هذه الحاجات ، فإن الفرد يقدر أي شيء يمكن أن يساعد علي إشباعها وبعد أن يتم إشباع هذه الحاجات يتشكل دافع لدى الفرد لإشباع الحاجات التي تقع في المستويات الأعلى من الهرم (أحمد يحيى ، ٢٠٠٦ ، ٢٣٣) .

وجسم الإنسان يميل إلي الحفاظ علي مستوى معين من التوازن البيولوجي والنفسي ، كميل الجسم إلي الحفاظ على مستوى معين من درجة الحرارة ، ونسبة السكر ، فقد وجه هذا الفكر الاختصاصيين إلي مفهوم التوتر وخفض الحافز وأصبحت الحاجة مرتبطة بتوجه فسيولوجي ونفسي ، فإشباع الحاجات الفسيولوجية يؤدي إلي توازن داخلي ، إضافة إلي تهيئة الكائن الحي لإشباع حاجات البيئة التي تؤدي إلي توازن داخلي (حمدي علي الفرماوي ، ٢٠٠٤ ، ٢٩ ، ٣٠) .

٢- الحاجة إلي الأمن *Need of Safety*

عندما يتم إشباع الحاجات الفسيولوجية للفرد بدرجة مناسبة فإن المستوى التالي من الترتيب الهرمي للحاجات ينبثق تدريجياً وهو ما يعرف بحاجات الأمن أو الأمن وتشتمل هذه الحاجات علي :

١- السعي بحثاً عن بيئة ثابتة.

٢- القابلية للتنبأ بها.

٣- التحرر من القلق والخلط أو التشويش (محمد السيد ، ١٩٩٨ ، ١٨٢).

ويحتاج كل فرد من الأفراد إلي أشكال متعددة من الأمن فالطفل يريد أن يأوي إلي والدته ، ويريد أن يتغذى أو يريد أن يأمن من البرد والحر وغير ذلك والحاجة إلي الأمن العقلي تبدو في خوف الطفل من كل غريب ، ورغبته في فحصه ومعرفته إذا أمكن حتى يطمئن إليه ، أو يبتعد عنه نهائياً ، فالرغبة في الأمن رغبة أكيدة ، ولا يتقدم الطفل بسهولة في ميدان ما إلا إذا اطمأن إليه ، وشعر بالأمن لفهمه للموقف (عبدالعزيز القوصي، ١٩٧٥، ٨٠).

وإحساس الطفل بالأمن يتطلب فيما يتطلب وجود سياسة ثابتة موحدة للوالدين في معاملة الطفل ، وعدم وجود تفرقة أو تمييز بين الإخوة ، ووفاء الوالدين بما يعدون به أو يهددون به من وعد أو وعيد ، ومناقشة الطفل لإيضاح ما يبدر منه من أخطاء ، وعموماً أن نتيجة أساليب معاملة الوالدين تهدف إلي مساعدة الطفل علي تكوين أحكام ثابتة والتوصل إلي قواعد ومبادئ يستطيع أن يهتدي بها في سلوكه وتصرفاته(**صموئيل مغاريوس،١٩٧٤، ٤٠**) .

وأهم المظاهر التي يحتاج فيها الفرد إلي الأمن هي الهدف الذي يسعى لبلوغه ، والوسيلة التي يتبعها لبلوغ هدفه ، والمهنة التي يعيش منها ، والعلاقات الاجتماعية التي تصله بالأفراد الآخرين وبالثقافة القائمة . إن الحاجة إلي الأمن تدفع الشخص إلي التجمع مع الآخرين وعمل كل ما من شأنه تحقيق تقبل الجماعة له . ونحن نعرف أن المرض النفسي نوع من فقدان الأمن والإيمان هو الدواء لفقدان الأمان(**حامد زهران، ٢٠٠٥، ٣٣**) .

وهناك عوامل تؤدي إلي فقدان الطفل إحساسه بالأمن وتتمثل في :

١- القلق وهو المسئول عن تصدع الشخصية وتفككها ، وانقلاب السلوك عن المعايير السوية . وقد ينشأ القلق في حياة الطفل نتيجة لعدم صفاء الجو الأسري أو جهل أو ضيق أفق الوالدين . والنبذ والإهمال حيث ينبذ الآباء أطفالهم سواء بالقول أو بالفعل الأمر الذي يترتب عليه افتقادهم الإحساس بالأمن النفسي والطمأنينة ، فتنمو لديهم روح العدوانية والرغبة في الانتقام والنقد والسخرية من قبل الوالدين (**نبيلة الشوربجي ، ٢٠٠٧ ، ١٥٨-١٦٠**).

٢- إن أي حالة من حالات العجز الجسمي يمكن أن تكون مصدر تهديد لأمن الطفل في أي مجال من هذه المجالات الامنية الأساسية . فمن الناحية الجسمية يواجه هذا الطفل الكثير من المواقف والعوائق التي تشعره بالتهديد (**فتحي عبد الرحيم ، ١٩٩٠، ٤٤١**) .

٣- حرمان الطفل من أمه في مرحلة الطفولة عامة ، ومرحلة الرضاعة خاصة يؤذيه نفسياً ، قضي الرسول ﷺ بحضانة الأم لطفلها فيما يرويه أن امرأة نازعها زوجها في طفلها ، فذهبت إلي الرسول ، وقالت له "**يارسول الله**" إن طفلي هذا كانت بطني له وعاء ، وصدري له سقاء ، وحجري له حواء ثم جاء أبوه ينازعني فيه فقال الرسول "**أنت أولي به من أبيه ما لم تتزوجي**" وعبر أبو بكر الصديق عن أهمية الأم في إشباع حاجة الطفل إلي الأمن عندما قضي لأم جميل بحضانة طفلها عاصم بن عمر بن الخطاب . وقال لعمر" إن مسها له أفضل من الجنة عندك"(**محمد عودة ، كمال مرسي،١٩٩٤، ٩٠**).

٣- الحاجة إلي الانتماء والحب *Need of Belongingness and Love*

الحاجة إلي الانتماء من الحاجات الهامة حيث يشعر الفرد بأنه ينتمي إلي أسرة، وينتمي إلي جماعة من الأصدقاء ، وينتمي إلي جماعة مهنية معينة وينتمي إلي وطن معين ، وأن يعتز بانتمائه لهذه الجماعات ، وتُعتز الجماعة بانتمائه إليها (**سعد جلال** ، ١٩٨٥ ، ٤٧٠).

أما شعور الطفل بأنه مهمل أو منبوذ وغير مرغوب فيه ، فإن ذلك يُعد من أقوي عوامل القلق والتوتر النفسي لديه، وتنبع هذه المشاعر لدي الطفل من إحساسه بإهمالنا له، والعناية به ، وانفصالنا عنه(**عباس عوض** ، ب ت ٧٢-٧٣) .

والروابط الاجتماعية تعزز معدلات البقاء لكل من الأطفال والراشدين وهذه الروابط تكون تكيفية من خلال بناء العلاقات الوثيقة مع مانحي رعايتهم. والراشدون الذين يتعلق كل منهم بالآخر يكونون أكثر احتمالاً أن يؤدون وينتجون علي نحو مشترك. فالتعاون بين الجماعات من شأنه أيضاً أن يجود الحياة ، كما أن الحاجة إلي الانتماء تصبغ أفكارنا وانفعالاتنا ، فالناس يقضون جل وقتهم يفكرون في علاقاتهم المأمولة والواقعية ، وعندما تتشكل العلاقات نحن نشعر بالغبطة والسعادة (*Myers, 1995 , 427*) .

وتُعتبر الحاجة إلي شعور الفرد بأنه مميز كشخص له قيمته واستحقاقه من الحاجات العامة للجنس البشري ، إن الفرد مهما بلغ من العمر أو المركز يسعى للحصول علي الموافقة والتقبل من الآخرين ، نظراً لأن المجتمع يضع عادة قيمة عالية للتكوين والبناء الجسمي السليم ، كما يعطي قيمة للقوة والمقدرة الجسمية ويكون من السهل أن يقلل الطفل المصاب بعجز جسمي من قيمته الذاتية نتيجة للقصور الذي يفرض عليه نتيجة للإصابة في مثل هذه الخصائص (**فتحي عبد الرحيم** ، ١٩٩٠ ، ٤٤٠).

هذا وأن الحاجة إلي الانتماء هي بذاتها التي تدفع بعض الأفراد إلي الانتماء إلي العصابات أو الجماعات المنحرفة الهدامة إذا لم يتوافر لهم الأسرة الصحية والجماعات السوية الأخرى. ذلك أن الانتماء لابد منه لتوفير السند الوجداني ولإشباع كثير من الحاجات النفسية الأخرى (**صموئيل مغاريوس** ١٩٧٤ ، ٣٨).

وقد تتضح نقص الحاجة إلي الانتماء لدي الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بطريقة أكثر عمقاً ويشعر بأنه غير مرغوب أو مهمل أو منبوذ ، ويتطلب هذا تقديم المساعدة لهؤلاء الأطفال حتى نوفر لهم جو أسرياً يساعدهم علي الإحساس بالانتماء ، وأنهم مرغوب فيهم حتى نزرع في قلوبهم الإحساس بالأمان والأمن الداخلي (**عادل الأشول** ، ١٩٩٩ ، ٢٢).

وقد حرص القرآن علي بث روح الجماعة في نفوس المؤمنين بفرض صلاة الجماعة يوم الجمعة حيث يجتمع المسلمون في المساجد للصلاة والتعارف . كما حث النبي عليه الصلاة والسلام علي صلاة الجماعة وفضلها علي الصلاة الفردية إن حرص القرآن علي توجيه المسلمين إلي حب الآخرين ، والي التجمع وتوحيد الصفوف ؛ إنما ينمي في نفوسهم عاطفة حب الغير ، ويقوي فيهم الميل إلي الإيثار والعمل علي خير الناس والمجتمع عامة ، ويضعف فيهم تفاعلات الكراهية والبغضاء ودوافع الظلم والعدوان ، والميل إلي حب الذات والأثرة (محمد نجاتي ، ٢٠٠١ ، ٢٧٩).

وتُعد الحاجة إلي الحب والمحبة من أهم الحاجات التي يسعى الطفل إلي إشباعها ، فهو يحتاج إلي أن يشعر أنه محب ومحبوب ، وهو يحتاج إلي الصداقة والحنان ، والطفل الذي لا يشبع هذه الحاجة إلي الحب والمحبة ، فإنه يعاني من الجوع العاطفي ، ويشعر أنه غير مرغوب فيه ، ويصبح سيء التوافق مضطرباً نفسياً(حامد زهران، ١٩٧٧ ، ٢٦٧) .

وتتوقف هذه الحاجة علي علاقة الطفل بأمه ، فإذا أشبعت الأم حاجات الطفل الأولية تصبح مصدراً للراحة والعطف والحب فتتكون بذلك الحاجة لها ويصبح في غيابها تعاسة للطفل وفي وجودها سعادة له . ويختلف مدي ما تبديه الأم من عطف نحو أطفالها باختلاف الثقافات (سعد جلال ، ١٩٨٥ ، ٤٧٠)

٤ - الحاجة إلي تقدير الذات *Self-Esteem Need*

في اتفاق مع منظرين آخرين مثل أدلر ، وروجرز ، وفروم ، وأريكسون يعزو ماسلو الأهمية الجديرة بالاعتبار لحاجتنا إلي الاستعلاء والاحترام ، ويعمم ما توصل إليه عملياً من أن كل فرد يكافح من أجل السيادة والثقة بالنفس وللحصول علي التقدير والاهتمام من الآخرين ، ولكنه يري أن حاجات التقدير تعمل كدافع فقط عندما تشبع الدوافع الثلاثة الأدنى إلي حد مناسب(محمد السيد ، ١٩٩٨ ، ١٨٢) .

ويحتاج الطفل إلي أن يحوز إعجاب البالغين والي تقديرهم ، وتشجيعهم له (سواء كانوا من الآباء أو الأقارب أو المدرسين) ويحتاج كذلك إلي تقدير أقرانه ومن هم في مثل سنه له. وبالنسبة للبالغين فإن الشخص البالغ أيضاً لا غني له عن تقدير إخوانه وزملائه وعن حصوله علي المكافأة الاجتماعية والاعتبار وحبهم كما يرتاح الشخص البالغ كذلك لإعجاب وتقدير رؤسائه له (صموئيل مغاريوس ، ١٩٧٤ ، ٣٢).

علي أنه يجب ألا تبالغ الأسرة في تقدير أبنائها حتى لا تنقلب الثقة بالنفس إلي غرور يؤدي بالفرد إلي عدم إدراكه لقدراته الحقيقية ، أو إلي غرور يؤدي إلي الترفع عن الآخرين ، فيصبح مكروهاً من زملائه ، منبوذاً من الناس (**نبيلة الشوربجي** ، ٢٠٠٧ ، ١٥٢).

ويشعر الإنسان بتقدير الآخرون واستحسانهم له في تعبيرهم عن إعجابهم بأعماله وإنتاجه ، وتقديرهم لتفوقه ، وثنائهم علي نجاحه ، فالطفل يدرك تقدير والديه لعمله وإنتاجه عندما يستحسنان تصرفاته ، أما حرمان الشخص من تقدير الآخرون فيشعره بعدم التقبل والدونية (**محمد عودة** ، **كمال مرسي** ، ١٩٩٤ ، ٩٩ ، ١٠٠).

٥- الحاجة إلي تحقيق الذات *Self –Actualization*

من أجل حفظ تكامل الأنا ، يدفع الفرد إلي تحقيق إمكانياته وطاقاته أي يضعها موضع الانجاز والإكمال ، تحقيق مستوي الطموح الذي وضعه الشخص خلال : مفهوم الذات الذي كونه لنفسه ، والمجهودات التي تشبع هذه الحاجة توجه نحو السمو والتحصيل والاستقلال (**حلمي المليجي**، ب ت ، ١٠٣) .

ويشير تحقيق الذات إلي : الحاجة الفردية لنمو وتطور القوي الكامنة للفرد أو بكلمات أخري أن يفعل الفرد ما هو قادر عليه" والشخص المحقق لذاته هو الشخص الذي تمكن من الإفادة من قدراته لتحقيق ما يصبو إليه *(Morgan et al., 1986, 298)*.

والأفراد المؤكدين لذواتهم يشتركون في عدد من الخصائص يمكن الإشارة إليها علي النحو التالي:

١- منفتحين علي الخبرة ، ويتميزون بالحيوية والنشاط ، مع تركيز وانهماك كاملين.

٢- هم في حالة تناغم مع أنفسهم ، وبنائهم الداخلي أكثر تناسقاً.

٣- يتميزون بالتلقائية ، والاستقلالية ، ومعتمدين علي أنفسهم ، وتقديرهم غير نمطي للناس والأحداث.

٤- يكرسون جل وقتهم لانجاز أهدافهم ، ورغباتهم في أن يحتلوا المكانة الأولي أو علي الأقل تكون أعمالهم جيدة كلما أمكنهم ذلك .

٥- يرتبطون بعدد قليل من المقربين إليهم عند مستوي انفعالي عميق .

٦- أنهم يتمركزون حول المشاكل بدلاً من التمركز حول أنفسهم .

٧- يقاومون المسايرة لثقافة المجتمع السائدة *(Morgan et al ., 1986 , 560-561)*.

٨- إن اتجاهاتهم وقيمهم تكون ديمقراطية.

٩- أنهم لا يخلطون بين الغاية والوسيلة.

١٠- إن روح المرح لديهم ذات طابع فلسفي وليست ذات طابع عدائي .

١١- أنهم يولعون أشد الولع بالخلق والابتكار (هول ، لندزي ، ١٩٧١ ، ٤٢٥ ٤٢٦).

١٢- لديهم إقبال أكبر علي تجديد إعجابهم وإثراءهم للاستجابات العاطفية .

١٣- لديهم درجة عظيمة من تكرار التعرف علي الجوهر (الكينونة)(محمد السيد ، ١٩٩٨، ٤٤٤ -٤٤٥).

١٤- يبحثون عن السعادة الجمالية ، وهم يقبلون أنفسهم والآخرين والواقع وهم يتمتعون بخبرات الحياة *(Kagan & Haveman , 1991 , 327)*.

ويشير *(Uhlig et al ., 1970)* إلي أن الإعاقة لا تكون عامل ذا مغزي في النمو نحو تحقيق الذات. وقد أكد ماسلو علي أن بعض الشخصيات تبقي ثابتة عبر الزمن. وأن بناء الشخصية الجيد يلعب دوراً كبيراً في تحديد ردود فعل الفرد إزاء الإعاقة.

ويشير الإمام الغزالي إلي أن تحقيق الذات عند المؤمن يكون في بقاء نفسه علي مستوي حسن من الإحساس الدائم بالله ، والمصاحبة المستمرة له ، والشعور بالمسئولية الكبيرة ، والواجب العظيم والأمانة السامية ، التي يحملها الإنسان في الحياة. كما أن تحقيق الذات عند المؤمن يجعل قلبه متصلاً دائماً بمصادر الجمال في الأفاق وفي نفسه ، فيحس بوجود الله ، وقدرته التي ليس لها حدود ورقابته المستمرة ، واطلاعه علي هواجس نفسه وخفاياها (محمد عودة ، كمال مرسي ، ١٩٩٤ ، ١٠٨).

حاجات المعرفة والفهم *Needs to Know and Understand*

وتظهر هذه الحاجات في الرغبة في الكشف، وحب الاستطلاع وفي التحليل المنظم، وهذه الحاجات قد تكون واضحة عند بعض الأفراد أكثر مما تكون لدي البعض الآخر. ويري ماسلو أن حاجات الفهم والمعرفة هي أكثر وضوحاً عند بعض الأفراد من غيرهم ، فحيثما تكون هذه الحاجات قوية فسيرافقها رغبة في الممارسة المنهجية ، القائمة علي التحليل والتنظيم والبحث في العلاقات ، ويلعب هذا الصنف من الحاجات دوراً حيوياً في سلوك الطلاب الأكاديمي ، لأن عملية استثارتها وتعزيزها تمكنهم من اكتساب المعرفة وأصول التفكير العلمي ، اعتماداً علي دوافع ذاتية داخلية(عبد المجيد نشواتي ، ١٩٨٤ ٢١٤-٢١٥).

الحاجات الجمالية *Aesthetic Needs*

تدل الحاجات الجمالية علي الرغبة في القيم الجمالية ، وتتجلي لدي بعض الأفراد في إقبالهم أو تفضيلهم للترتيب والنظام والاتساق والكمال سواء في الموضوعات أو الأوضاع أو النشاطات ، وكذلك في نزعتهم إلي تجنب الأوضاع القبيحة التي تسود فيها الفوضى وعدم التناسق ، وعلي الرغم من اعتراف ماسلو بصعوبة فهم الحاجات الجمالية ، إلا أنه يعتقد أن الفرد السوي الذي يتمتع بصحة نفسية سليمة ينزع إلي البحث عن الجمال

بطبيعته سواء كان طفلاً أم راشداً ، ويفضله كقيمة مطلقة ومستقلة عن أية منفعة مادية(عبد المجيد نشواتي ١٩٨٤ ، ٢١٥).

والترتيب الهرمي لدي ماسلو بنوع ما يعُد ترتيباً تعسفياً فترتيب هذه الحاجات لا يكون عموماً ثابت.كما أن عند كل مستوي من مستويات هرم الحاجات ، تتفاعل كل من العوامل النفس- الاجتماعية مع المتغيرات الفسيولوجية(Meyers , 1995 , 400).

الحاجة إلي الإنجاز Need of Achievement

من مؤشراتها إنجاز شيء صعب ، والسيطرة علي الموضوعات والأشياء والأشخاص إلي حد الإجادة بحيث يصبح الأداء سريعاً ومتمكناً منه بقدر الإمكان كما يعني ذلك تخطي العقبات وتحقيق أفضل النتائج ، وتحقيق التفوق بما في ذلك التفوق علي الآخرين ، وزيادة مواهب الفرد عن طريق الممارسة والتدريب الناجح . ومن أشكاله تحقيق المكانة الاجتماعية ، والتميز الفكري والتفوق العلمي (محمد السيد ، ١٩٩٨ ، ٣٤٢-٣٤٣).

وتشير نتائج الدراسات إلي أنهم عند مقارنتهم بالأقل انجازاً يكونون أفضل علي اختبارات السرعة في الرياضيات والمهام اللفظية وفي المشكلات الذهنية وهم أفضل في الصفوف الدراسية (Kagan & Haveman , 1991 , 320).

ويلقي الأطفال ذوي دافعية الانجاز المرتفعة تشجيع والديهم علي الاستقلالية منذ وقت مبكر من حياتهم ، كما يتلقون المديح والإثابة من قبل والديهم علي نجاحهم ، فهم يشجعونهم علي أن يتناولوا طعامهم ويرتدون ملابسهم بأنفسهم ، وأن يؤدوا علي نحو أفضل في المدرسة ، ويعبرون عن سعادتهم وغبطتهم عندما ينجزون أطفالهم علي نحو جيد ، كما يتعلم الأطفال ربط انجازهم بما يحصلون عليه من انفعالات ايجابية من الآخرين ، كما أن هؤلاء الأفراد ذوي الانجاز المرتفع يحاولون أن يتغلبوا علي الصعاب ، وتحقيق النجاح في العديد من المواقف ، كما أنهم يعزون انجازاتهم إلي كفاءتهم وجهودهم في تطوير توقعات مرتفعة(Myers , 1995 , 420).

الحاجات وذوي الاحتياجات الخاصة

بطبيعة الحال تزداد حاجات ذوي الاحتياجات الخاصة الطبية والاجتماعية والنفسية والتأهيلية مقارنة بأترابهم العاديين **ويمكن تناول هذه الاحتياجات في الأتي:**

١- تتشابه الحاجات الجسمية والنفسية والاجتماعية عند المتخلفين عقلياً مع حاجات العاديين مثل حاجات : النوم ، والطعام ، والملبس ، والجنس والانتماء ، والكفاءة ، والتقبل الاجتماعي ، والي أسرة متفهمة ، والتواصل مع الآخرين ، وتوفير المستلزمات

الطبية التي يحتاجون إليها ، والحاجة إلي إشعارهم بمزيد من الحب والود ، وإجراء التدريبات المختلفة لتنمية قدراتهم المختلفة ، وتشجيعهم علي الأداء ، وتهيئة البيئية التعليمية المناسبة . إن إحساس المتخلف عقلياً بتقدير الآخرون له يؤدي إلي ارتفاع تقديره لنفسه وبالتالي إلي إحساسه بالأمن والطمأنينة النفسية (إيمان كاشف ، ٢٠٠١ :٣٤-٣٥).

٢- أما الأطفال التوحديين فهم في حاجة إلي مساندات تعليمية وطبية مستمرة والي توافر كوادر متخصصة قادرة علي تدريبهم ، وتعليمهم السلوك الاجتماعي نظراً لما يبدونه من قصور اجتماعي ملموس ، واستخدام أفضل التقنيات العلاجية التي تمكنهم من الأداء الأفضل ، والاهتمام باحتياجاتهم البدنية كما يحتاجون إلي توافر بيئة غنية بالأنشطة المختلفة التي تنمي الجوانب البصرية والسمعية.

٣- أما عن حاجات المعوقين سمعياً فترتكز حول تعليمهم لغة الإشارة وقراءة الشفاه ، والي مقررات دراسية مناسبة لقدراتهم ، وإلي إخصائيين مدربين علي التعامل معهم، والي برامج إرشادية تتعامل مع اضطراباتهم الانفعالية المتزايدة والمترتبة علي الإعاقة، والي بيئة اجتماعية متفهمة ، والي توافر المستلزمات الطبية ، والرعاية الطبية المتواصلة ، والي والدين مدربين والي الاهتمام بتعليمهم الجامعي ، ويحتاجون إلي تعليمهم في فصول عادية مع وجود مساندات متخصصة.

٤- يحتاج المعوقين بصرياً إلي الحاجة إلي التدريب اللمسي لإدراك أشكال الأشياء وتركيباتها ، والحاجة إلي التدريب السمعي بتنمية قدرة الطفل علي الانتباه والإصغاء الجيد للأصوات الصادرة من البيئة ، والحاجة إلي الرعاية الطبية وتوفير الأجهزة المعينة ، والي الدمج مع أقرانهم ، وحاجتهم إلي معلمين مدربين علي التعامل مع هذه الفئات يجيدون طريقة الكتابة بلغة برايل ، وحاجتهم إلي أسرة ومجتمع متقبل لإعاقاتهم .

٥- تزداد حاجات الأطفال ذوي صعوبات التعلم إلي توافر برامج تعليمية مناسبة ، والي مدرسين علي مستوي متميز من الأداء والخبرة ، والي دمجهم مع أقرانهم العاديين ، والي حاجتهم إلي الإحالة إلي المنظمات الاجتماعية لمساعدتهم علي تحسين مستوي تقديرهم لذواتهم ، وإلي التوافق التعليمي والمهني طويل المدى ، والي تدعيم تقديرهم الايجابي لذواتهم ، والتأكيد علي نمو التواصل التعبيري والاستقبالي الفعال مع الأفراد والمجموعات.

٦- أما الأطفال الموهوبين فيحتاجون إلي بيئة أسرية ميسرة للأداء خالية من التوتر والمشاحنات ، ومنمية لقدراتهم وإمكاناتهم ، والحاجة إلي تشجيعهم علي التعبير عن ذواتهم ، ومساعدتهم علي بلورة مفهوم موجب لذواتهم وحاجتهم إلي متخصصين لتدريبهم ، وإلي مناهج دراسية تساير قدراتهم الإبداعية ، وتتصف بالشمولية والمرونة، وحاجتهم للأمن وحب الاستطلاع والاكتشاف، والتعمق المعرفي، وإلي تكوين علاقات اجتماعية مثمرة .

٧- وتتعدد حاجات المعوقين بدنياً وفقاً لنوع الإعاقة وتتطلب تزويدهم بالخدمات الطبية والمستلزمات والأجهزة الطبية المناسبة لكل عجز والتدخل الجراحي ، وضرورة إجراء تعديلات مناسبة في البيئة لتسهل حركتهم وانتقالهم ، وحاجتهم إلي الدمج مع أقرانهم العاديين ، والي التدريب والتأهيل المهني المناسب لكل حالة.

٨- أما المضطربين كلامياً ولغوياً فيحتاجون إلي بيئة أسرية ميسرة للتخفيف من حدة الانفعالات التي يعانون منها ، وإلي برامج لغوية مناسبة وإلي استراتيجيات تعليمية مناسبة تساعدهم للتغلب علي مشاكلهم التربوية وأجهزة تعينهم علي عمليات النطق والكلام بطريقة صحيحة.

التوافق وحيل الدفاع النفسي *Adjustment &Psychological Defense Mechanisms*

تُعتبر حيل الدفاع أساليب غير مباشرة تحاول إحداث التوافق النفسي وحيل الدفاع النفسي هي وسائل وأساليب توافقية لا شعورية من جانب الفرد من وظيفتها تشويه ومسخ الحقيقة حتى يتخلص الفرد من حالة التوتر والقلق الناتجة عن الإحباطات والصراعات التي لم تحل والتي تهدد أمنه النفسي ، وهدفها وقاية الذات والدفاع عنها ، والاحتفاظ بالثقة في النفس ، واحترام وتحقيق الراحة النفسية ، والأمن النفسي (حامد زهران ، ٢٠٠٥ ، ٣٨) .

وتساعدنا من خلال الأزمات التي سوف تغمرنا وتعوقنا ، كما تتيح لنا الفرص لتجميع طاقاتنا ومعارفنا لمواجهة القلق ، ولكن الإكثار من هذه الميكانزمات يمثل ضرر بالغ للفرد ويستخدم كل الأفراد ميكانزمات الدفاع من وقت إلي آخر لخفض حدة الإحباط والصراع ، والعديد من هذه الميكانزمات تكون لا عقلانية:

(Kagan & Haveman , 1991 , 359)

وبعض علماء النفس لا يوافقون فرويد علي أن ميكانزمات الدفاع تنشأ نتيجة للصراع بين الهو والأنا والأنا الأعلى ، علي الرغم من أن العديد منهم يوافقون علي أن هذه الميكانزمات تفسر كيف يتكيف الأفراد مع مشاكلهم *(Morgan et al ., 1986, 588)*

ونتناول فيما يلي بعض ميكانزمات الدفاع علي النحو التالي :

١- الكبت *Repression*

في هذا النوع فإن الرغبات والدفعات ، والأفكار المتنافرة وغير المرغوبة والمزعجة للوعي الشعوري للفرد يتم إبعادها إلي اللاشعور (*Okasha , 1977, 33*) .

والكبت يحدث تحت أقل الظروف الصدمية .وهناك دليل علي أن الكائنات الإنسانية تميل إلي :

١- أخذ وقتاً أطول للتعرف علي المثيرات غير السارة من السارة.

٢- تجنب الصور المحزنة كلما كان ذلك ممكناً.

٣- التواصل مع الأخبار الجيدة بتكرار أكثر من الصور السيئة.

٤- استدعاء الجوانب الايجابية بطريقة دقيقة أكثر من السلبية.

٥- المغالاة في أهمية الأحداث السارة وبخس الأحداث غير السارة(*Davidoff. 1980, 452*).

ويميز فرويد بين نوعين من الكبت : الكبت الأولي ويُقصد به إنكار الحقائق المكبوتة إذا ما ظهرت ، وهذه الظاهرة ملحوظة في العيادات السيكولوجية إذ يسارع المريض إلي إنكار ما قد يكون سبباً من أسباب عدم تكيفه ، أما الكبت الثانوي فيقصد به النزعة إلي تجنب المواقف التي قد تعيد إلي الذكري خبرات مكبوتة غير سارة (سعد جلال ، ١٩٨٥، ٥١٥-٥١٦).

والكبت ما أن يحدث حتى يصعب إزالته ، إذ لابد للشخص من أن يتيقن بنفسه أن الخطر لم يعد قائماً ، ولكنه لا يستطيع بلوغ هذا اليقين إلا بعد رفع الكبت حتى يستطيع اختبار الواقع ، إنها دائرة مفرغة ، وذلك هو السبب في أن الراشد يحمل معه قدراً من المخاوف الطفلية ، لأنه لم تتح له الفرصة ليكتشف أن هذه المخاوف لا أساس لها من الواقع (هول ، لندزي ، ١٩٧١ ، ٧٣).

والكبت الناجح يؤدي إلي نسيان كلي أو غياب تام للدوافع غير المقبولة اجتماعياً لتعارضها مع معايير المجتمع وشخصياً لتناقضها مع مفهوم الفرد عن ذاته . إلا أن الكبت لا يكون في العادة ناجحاً نجاحاً كلياً ولذا نجد النزوات المكبوتة تعبر عن نفسها بشكل غير مباشر (عبد الرحمن عدس ، **نايفة قطامي ٢٠٠٢ ، ٢٧٥**).

والكبت لا يحل مشكلة بل يَعمد إلي حصرها في إطار، ثم إنه يعيق الشخص علي اكتساب خبرة جديدة في الميدان الذي أقلقه ودعاه إلي كبت تأثيره (عطا الله **فؤاد ، دلال سعد**، ٢٠٠٩ ، ٧٨-٧٩).

والكبت يختلف عن القمع فالقمع محاولة الفرد السيطرة الشعورية علي الدوافع والمشاعر والخبرات غير المرغوبة من قبل المجتمع أما الكبت فإن الفرد يقوم بإخضاع حاجاته المحبطة لقوي تجعلها صعبة المنال في الواقع ، ونتيجة لذلك فإن الفرد ينسي أو يكبت هذه الرغبات غير المشبعة(**محمود السيد ، ١٩٩٤ ، ٧٦**).

وعملية القمع التي يزاولها الشخص لقمع المثيرات الداخلية أو الخارجية تمنح الفرد فوائد الكبت دون معاقبته بالشلل المتضمن في عملية الكبت ذاتها . ففي حالة الكبت يمكن القول بأن حل المشكلة يركن طول الوقت ، فالشخص الذي يستخدم الكبت ينكر الوسائل اللفظية العقلية التي تستخدم لحل المشكلة أما في حالة القمع فعلي العكس أنه يضع هذه المشكلة جانباً للوقت الراهن (**حلمي المليجي ، ب ت ، ١١٦ -١١٧**).

ويتصل بموضوع الكبت العقد النفسية ، وهي تشير إلي مجموعة مترابطة من الأفكار المؤذية للذات والمشحونة بالانفعالات ، هذه العقد لها تأثير واضح علي السلوك ، ويمكن اعتبارها دافعاً لا شعورياً . ومن أنواع السلوك الناتج عن العقد الانفجارات الانفعالية لأسباب بسيطة (**انتصار يونس ، ١٩٨٥ ،٣٤٦**).

وهناك نوعان من الكبت :

أ- الكبت الشعوري: وهو استبعاد إرادي مؤقت لكل ما ينقص الذات أي ضبط النفس بعدم التعبير عن نفسها تعبيراً صريحاً.

ب- الكبت اللاشعوري:وهو استبعاد المواقف المؤلمة ، لأن استعادتها تؤدي إلي الشعور بالألم والحزن،وهو عملية تلقائية لا شعورية أي غير مقصودة(**بشري كاظم، ٢٠٠٧، ٤٤**).

٢- التبرير *Rationalization*

حيلة أخري ووسيلة يلجأ إليها الفرد عندما يواجه موقفاً لا يستطيع فيه أن يتصرف تصرفاً عادياً ، أو أن يذكر الأسباب الحقيقية وإلا فقد احترامه لنفسه واحترام الناس له ، فيذكر أسباباً زائفة ، ويأتي التبرير غالباً نتيجة صراع بين ما يريده الفرد بالفعل وبين ما يمكنه أن يحققه ، وأن يصل إليه(**إبراهيم وجيه ١٩٧٤ ، ٣٨**).

ويهدف التبرير إلي إبراز محاسن الواقع بما لا يدعو لتغييره ، وإيجاد كبش فداء حيث يرجع الشخص أسباب فشله إلي عوامل خارجية ، ولا يلوم نفسه بل يلوم غيره لأنهم تسببوا في فشله (**محمد عودة ، كمال مرسي ، ١٩٩٤ ، ١٥٥-١٥٦**).

ومعظم التبريرات تُبني علي أنصاف الحقائق ، وهي لذلك تقاوم التغيير من خلال المناقشات أو الإقناع ، ومن ثم يصبح من الأهمية بمكان محاولة مساعدة الأفراد علي حل مشاكلهم الضمنية *(Thompson et al ., 1959 , 396)*.

وكان المنافقون يلجأون إلي التبرير في كثير من الأحيان لتفسير سلوكهم تفسيراً يكون مقبولاً . فإذا فسدوا في الأرض قالوا إنما هم يقصدون الإصلاح وهم بذلك إنما يقومون بتبرير أفعالهم تبريرات تبدو مقبولة ومعقولة (محمد نجاتي ، ٢٠٠١ ، ٢٤٨).

وقد وصف القرآن التبرير الذي يقوم به المنافقون بقوله :-

(وَإِذَا قِيلَ لَهُمْ لَا تُفْسِدُوا فِي الْأَرْضِ قَالُوا إِنَّمَا نَحْنُ مُصْلِحُونَ ۝ أَلَا إِنَّهُمْ هُمُ الْمُفْسِدُونَ وَلَٰكِن لَّا يَشْعُرُونَ) (البقرة :١١ -١٢).

ومن أكثر أنواع التبرير استخداماً من قبل الناس هي :

١- الميل وعدم الميل ، أي الرغبة وعدم الرغبة.فالفرد الذي لم يدع إلي حفلة ما يبرر ذلك بالقول أنه لم يريد أن يذهب إليها حقاً ، أو أنه لا يميل إلي الأفراد المدعوين إليها.

٢- لوم الآخرين والظروف الموضوعية : فالذي لم يستطع أن يقوم بواجب معين في الوقت المعين يتذرع بأنه كان لديه الشيء الكثير ليعمله ، أو أن بعض الزائرين جاءوا لزيارته فجأة.

٣- الضرورة لها أحكام : فالذي يشتري سيارة جديدة في الوقت الذي لا يحتاجها يتذرع بأن السيارة القديمة تستهلك كمية كبيرة من البنزين وهكذا(عبد الرحمن عدس ، نايفة قطامي ، ٢٠٠٢ ، ٢٧٧).

بالتبرير نتغلب علي نقائصنا الأخلاقية ، وبذلك نحفظ علينا احترامنا لأنفسنا ، ولكنه إذا زاد عن حد ما فإنه يمنعنا من التكيف مع المواقف الحياتية. ولا يصح أن نخلط بين التبرير والكذب لسبب بسيط وهو أن الكذب عملية شعورية منشؤها الخوف والدفاع عن النفس ، فمثلاً التاجر الذي يربح بطريقة غير مشروعة يبرر هذا بأنه من أصول التجارة ، وأنه يفعل ما يفعله غيره من التجار ، وهذا ليس كالبائع الذي يحلف للزبون كذباً أنه يبيع له السلعة بأقل مما اشتراها بها:

(عبد الرءوف ثابت ، ١٩٩٣، ٧٧)*(Morgan et al ., 1986 , 589)*

٣- النسيان *Forget*

هي حيلة دفاعية يلجأ إليها الإنسان للتخلص من الذكريات المقلقة والمؤلمة والحزينة ، والنسيان حيلة شائعة الاستخدام في حياتنا اليومية ، ويلجأ إليها الناس معظم الوقت ، فالفرد حينما ينسي المواعيد والتواريخ والأسماء والأحداث ، قد ينجم عن ذلك رغبات مكبوتة ، ويري فرويد أننا ننسي عن طريق الكبت ما لا نهتم به ، وما لا نريد تذكره، وما هو مصطبغ بصبغة وجدانية منفرة أو مؤلمة ، وخاصة ما يجرح كبرياءنا . لذلك فالأفراد

ينسون فشلهم أكثر مما ينسَون نجاحهم. ولكن قد يتسع النسيان فيشمل جميع الظروف والمواقف والخبرات المتعلقة بالخبرة المكبوتة المنسية (**بشري كاظم، ٢٠٠٧، ٤٥-٤٦**).

والنسيان العادي : عبارة عن ضعف بعض الخبرات وزوالها من الذاكرة بسبب كثرة النشاط والأعمال المتباينة المتنوعة التي يقوم بها الإنسان، ومن الممكن أن تظهر هذه الذكريات المنسية بسهولة في الذاكرة إذا وجدت الظروف المناسبة لتذكرها.

أما النسيان الناتج عن الكبت فهو حيلة لا شعورية تبدل فيها شيء من الطاقة العقلية لمقاومة الذكريات ولمنعها من الظهور في الشعور، وليس من السهل تذكر الذكريات المكبوتة، ويقتضي عادة مجهوداً شاقاً أثناء العلاج النفسي (**نبيلة الشوربجي، ٢٠٠٧، ٣٩**).

٤- الإسقاط *Projection*

الإسقاط هو الحيلة التي يحمي بها الفرد نفسه من الوعي بمشاعره المستهجنة وغير المقبولة، بأن ينسبها إلي غيره، وهذا الميكانزيم يُمكن الفرد أن يبقي قليل الرؤية لدوافعه الهامة *(Okasha , 1977 , 36)*.

والإسقاط من الحيل الشائعة الاستخدام في حياة الناس، فعندما نشاهد أحد الأفلام السينمائية مثلاً أو احدي التمثيليات، فإننا غالباً ما نسقط أنفسنا من أحد أدوار الفيلم أو التمثيلية، ونتابع الفيلم أو التمثيلية وكأن أحداثها هي أحداثنا نحن أنفسنا، وكأنها تشير إلي تجارب حية من حياتنا، فننفعل ونحيا معها طول العرض، نفرح ونضحك ونغضب وتبدو علينا كافة الانفعالات التي يتعرض لها الأبطال، بل وأحياناً وخاصة بالنسبة للأطفال نساعدهم بالكلام والحركات، فإذا تعرض البطل للاعتداء نجد أنفسنا نتحرك من غير أن نشعر ونجد أيدينا تحاول أن تكيل اللكمات وتوجه الضربات للخصم (**إبراهيم وجيه ١٩٧٤، ٤١**).

وقد أجريت دراسة تجريبية علي طلاب احدي الكليات الذين يعيشون معاً ويعرف كل منهم الآخر، وطلب من كل طالب أن يُقدر الطالب الآخر علي مقياس من أربع سمات غير مرغوبة : بخيل، عنيد، غير مرتب، غير خجول وتظهر استجابات الطلاب اتفاق عام علي أن بعض الطلاب في الواقع يكونون بخلاء، وعنيدين، وغير مرتبين، وغير خجولين، كما طُلب من الطلاب أن يُقدروا أنفسهم علي نفس السمات السابقة، وأظهرت تقديرات الذات أن بعض الطلاب الموصفون من أصدقائهم علي أنهم يتسمون بالبخل والعناد يقررون بأنهم لديهم نفس السمات، بينما لم يعترف البعض الآخر بهذه السمات، وأكثر النتائج دلالة تظهر أن الطلاب الذين في الواقع يتسمون بالبخل أو العناد لكنهم غير مدركين أو واعين أو غير مستعدين بالإقرار والاعتراف بذلك، يميلون إلي عزو هذه السمات

إلي الآخرين ، والطلاب البخلاء عموماً ولكنهم يصفون أنفسهم بالكرم أكثر احتمالاً أن يقدروا أصدقائهم علي أن لديهم درجات مرتفعة من البخل(Kagan & Haveman , 1991 , 358)

والإسقاط يكون مفيد في تخفيف حدة القلق والتوتر (Morgan et al., 1986, 589) وهو من ناحية أخري يقف وراء كثير من الأعمال الإبداعية الرائعة عند الأدباء والشعراء والرسامين ، فكم من كاتب أسقط ما في داخله في قصة أو قصيدة ، أما المبالغة في استخدام الإسقاط فضارة ، تؤذي الإنسان نفسياً واجتماعياً ، لأنها تجعلهيتقاعس عن مواجهة عيوبه ونقائصه بواقعية ، إذا اكتفي بإسقاطها علي غيره(**محمد عودة ، كمال مرسي**، ١٩٩٤ ، ١٥٧).

٥- النكوص *Regression*

النكوص أسلوب لاشعوري أخر تلجأ إليه الأنا في حالة التهديد بسقوط دفاعاتها أمام ضغط ما ، وهو وسيلة لتحاشي القلق الناجم عن هذا الضغط ويحدث في أثناء هذه الحيلة الدفاعية أن تتراجع أو تتقهقر الشخصية إلي مستوي سابق من النمو ، فإذا ما عجز الفرد عن التعامل مع بيئته بما فيها من إحباطات سواء تلك التي تنشأ من مصادر خارجية ، أو التي تنشأ عن صراعات داخلية وحفزات غريزية وحاجات انفعالية ، فإنه يتراجع إلي مستوي سابق من النمو حيث يجذب ذاته الشعور بالعجز والفشل ، كما يجنبها المخاوف التي قد تنشأ من مواجهة بيئته وتحمل مسؤولياته فيها (عبد السلام عبد الغفار ، ٢٠٠٧ ، ١١٦).

فعندما يذهب الطفل إلي المدرسة لأول مرة وعمره ٥ سنوات ويواجه متاعب أو حدث له حادثة في المرحاض فإنه يرجع إلي سلوكيات من قبيل التحدث بكلام الأطفال حديثي السن ويقوم بمص إصبعيه ، وكذلك فإن الشخص الراشد يتقهقر إلي سلوكات سبق وأن تخلي عنها عندما يواجه بمواقف ضاغطة مثل التحدث بلغة الأطفال صغار السن ، والي الاعتمادية المفرطة (Morgan et al., 1986, 590) .

ويرجع النكوص فيما يبدو إلي أن الغرائز عند إحباطها ومنعها عن الإفراغ المباشر تبحث عن بديل ، ومن ثم فشرط النكوص ضعف من نوع خاص في تنظيم الأنا(**صلاح مخيمر** ، ١٩٧٩ ، ١٢٧).

ويلاحظ النكوص في حالته السوية يكون وقتياً وله حدوده ، التي قد تفيد المرء في سعيه إلي التوافق فهناك الذي نراه في مجال الانفعال (ينكص) فيطلق لانفعالاته الحرية ، لتعبر عن نفسها بطريقة طفولية من خلال البكاء أو الصياح أو الحركة السريعة العشوائية،

والتي من خلالها يفرغ طاقاته ، وينفس عن هموم متراكمة تسبب له توتراً وقلقاً(**سيد صبحي ، ٢٠٠٣ ، ٩٠**).

ويحصل في الحالات المتطرفة من النكوص انهيار في الوظائف الجسمية أو العقلية فالشخص الراشد قد تصل به حالة النكوص إلي شخص يساعده في تدبير أموره بالمرافق الصحية ، كما لو كان طفلاً .من جهة أخري يميل الراشدون المتكيفون جيداً إلي ممارسة نوع من أنماط السلوك النكوصي أحياناً من قبيل الانتخاب أو المطالب الطفولية أو تناول المشروبات بهدف تجاوز حالة التوتر والضغط التي تمر بهم في تلك اللحظات(**قاسم حسين ، ٢٠٠٨ ، ٦٠**).

وتحدد التثبيتات للشخص طريق النكوص عادة ، أي أن الشخص يميل إلي النكوص إلي مرحلة سبق أن ثبت عليها ، فإذا كان طفلاً فإن الاحتمال أن يصبح شديد الاعتماد مرة أخري عندما يتزايد حصره ويبلغ مستوي لا قبل له باحتماله ، إن التثبيت والنكوص يكونان عادة ظروفاً نسبية ، والشخص يندر أن يثبت أو ينكص كلية ، وإنما يغلب أن تتضمن شخصيته السمات الطفلية أي الأشكال غير الناضجة من السلوك والاستعداد للسلوك مسلكاً طفلياً عندما يتعرض للحرمان أو الإخفاق ، وضروب التثبيت والنكوص مسئولة عن النمو غير الثابت للشخصية(**هول ، لندزي ، ١٩٧١ ، ٧٥**).

ويميز فرويد بين نوعين من النكوص :

* **الأول** : يعني الرجوع القهقري للخاصة النفسية من الشعور إلي ما تحت الشعور إلي اللاشعور.

* **الثاني (زماني)** ويتمثل في استعمال الطفل لآليات طفلية أو في عودته إلي المرحلة السابقة التي تحل فيها أنماط التعبير البدائية محل أنماط التعبير المألوفة.

ويميز فرويد بين الكبت والنكوص ويري بأن النكوص يشير إلي مرحلة سابقة للكبت ، وأن الكبت ينطوي علي فاعلية وحركة أكثر من النكوص (**مأمون صالح،٢٠٠٨، ١١٣-١١٤**).

٦- الانسحاب *Withdrawal*

الانسحاب حيلة نفسية هروبية تهدف إلي تخفيف التوتر والقلق بالابتعاد عن الموقف المؤلم الذي يسبب الإحباط والنقد أو العقاب والإهانة . **ويأخذ الانسحاب أشكالاً كثيرة منها :**

(أ) **الهروب من الموقف** : فالشخص الذي يجد الصد وعدم التقبل من الناس يبتعد عنهم ويفضل الوحدة والعزلة.

(ب) **الخضوع والاستسلام** : عندما يشعرَ الشخص بعدم الكفاءة في المواقف الاجتماعية ، يخضع للآخرين ويصبح اتكالياً ضعيف الشخصية سهل الانقياد والاستسلام ، خجولاً منطوياً علي نفسه ، لا يرغب في تحقيق هدف (**محمد عودة ، كمال مرسي ، ١٩٩٤ ، ١٦٤ - ١٦٥**).

ويعد الانسحاب في بعض الأحيان شكلاً من أشكال التكيف ، فعندما يتعرض الفرد إلي الإحباط يجد أنه لا داعي لاستخدام حيلة دفاعية ذات طبيعة عدوانية ، وأنه من الأفضل الهرب من الموقف، والتحرك بعيداً عن الناس . وأن التكيف عن طريق الهرب يعتبر في بعض الأحيان نوعاً من دفاع الأنا عن نفسها ، والمحافظة علي محتوياتها الدفاعية لمواقف محتملة أصعب من ذلك.

٧- التعويض *Compensation*

يكرس الفرد نفسه لإنجاز هدف معين من خلال محاولة الأعضاء التوافق والتكيف مع القصور الفسيولوجي وعدم الكفاية ، وكذلك بالمثل يحدث سيكولوجياً والمعوقين الذين يعانون من قصور محدد يكافحون من أجل تعويض هذا القصور(*Okasha , 1977 , 35*).

وعندما يتمكن الأطفال المصابون بعجز جسمي من النجاح ، فإنهم يميلون عادة لأن يكونوا أكثر موضوعية وواقعية في تقييمهم للإصابة الجسمية ، وتنمو لديهم الرغبة في تقبل هذه الإعاقة . أما إذا حدث العكس ، أي عندما يخفق هؤلاء الأطفال في تحقيق النجاح في أي مجال من المجالات ، فإنهم لا يحصلون علي الإشباع الذاتي الذي تتطلبه عملية التوافق (**فتحي عبد الرحيم ، ١٩٩٠** ، ٤٠٣-٤٤٤).

ويشير أدلر في نظريته إلي أهمية أسلوب الحياة *Life style* فلكل فرد أسلوبه الحياتي الخاص به يشتق تدريجياً أثناء الخمس سنوات الأولي من حياته مؤدياً في النهاية إلي تحقيق ذاته . كما تحدث أدلر عن عقدة النقص *Inferiority Feelings* والتي تتكون نتيجة لقصوره البدني أو العقلي أو الاجتماعي ، والتي تؤثر علي حياته ، وتشعره بالنقص والقصور ، كما تحدث عن مفهوم التعويض وهو ميكانزم دفاعي فطري محدد يكون للتغلب علي مشاعر النقص المتخيلة أو الحقيقية المدركة من قبل الفرد في محاولة لتقوية قدرته في نفس الاتجاه(*Dreikuris, 1967*).

والدافع للتعويض يمثل لب نموذج أدلر المبكر للشخصية وهو يفترض أن هذا الدافع يكون فطري ، ويري أن الأفراد المعوقين أو من لديهم قصور ما سوف يبحثون عن تعويض هذا القصور ، ويشير إلي أن كل فرد لديه بعض مشاعر النقص أو القصور الناتج عن الخلل الواقعي أو المتخيل (*Samuel , 1981, 52*).

يخدم التكوين العكسي في توفير بعض الفرص المناسبة للتكيف الحسن وضبط النزعات التي تتنافي مع ما تقبله الجماعة وتقره. مثال : شخص يهاجم الرشوة وأخلاق المرتشين ، ويشرح الذي يلحق بالمجتمع جراء ما يفعلون ، بينما في واقع حاله لديه نزوع شديد باتجاه الرشوة (**عطا الله فؤاد ، دلال سعد ، ٢٠٠٩ ٩٢**).

وكثيراً ما يكون التساؤل عن كيفية التمييز بين تكوين رد الفعل وبين التعبير عن دفعه . فمثلاً كيف يمكن التفرقة بين حب يقوم علي رد الفعل وحب أصيل؟ عادة ما يتميز تكوين رد الفعل بالإسراف في التظاهر فيسرف الشخص أيما إسراف في احتجاجه .كذلك يتميز تكوين رد الفعل بطابعه القهري فالصور المتطرفة من السلوك من أي نوع تشير عادة إلي تكوين رد الفعل ، وينجح تكوين رد الفعل أحياناً في إشباع الرغبة الأصيلة التي يستهدفها الدفاع مثال ذلك عندما تغرق الأم طفلها بالمحبة والانتباه(**هول ، لندزي** ، ١٩٧١ ، ٧٤).

ويختلف التكوين العكسي عن التصنع فالفرد في التصنع شاعر بالدافع أو النزعة أو الفكرة المستهجنة أو المحظورة ، ويرغب مع سبق الإصرار في التمويه عليها أو إخفائها ، أما التكوين العكسي فهو سلوك لاشعوري يتكون نتيجة دوافع محظورة لا يفطن الفرد إلي وجودها(**عباس عوض ، ١٩٧٧ ، ٨٧**).

وقد كان المنافقون يلجأون إلي هذه الحيلة العقلية الدفاعية لإخفاء حقيقة شعورهم بالكراهية والعداء للمسلمين . فكانوا يحسنون الكلام معهم ، ويظهرون حبهم وإعجابهم بهم وتقديرهم لهم بقصد إخفاء ما تضمره نفوسهم من كراهية وعداء(**محمد نجاتي** ، ٢٠٠١ ، ٢٤٩).

قال تعالي :-

(وَمِنَ ٱلنَّاسِ مَن يُعۡجِبُكَ قَوۡلُهُۥ فِي ٱلۡحَيَوٰةِ ٱلدُّنۡيَا وَيُشۡهِدُ ٱللَّهَ عَلَىٰ مَا فِي قَلۡبِهِۦ وَهُوَ أَلَدُّ ٱلۡخِصَامِ ﴿٢٠٤﴾ وَإِذَا تَوَلَّىٰ سَعَىٰ فِي ٱلۡأَرۡضِ لِيُفۡسِدَ فِيهَا وَيُهۡلِكَ ٱلۡحَرۡثَ وَٱلنَّسۡلَۚ وَٱللَّهُ لَا يُحِبُّ ٱلۡفَسَادَ) (البقرة : ٢٠٤-٢٠٥)

١٠- الإعلاء أو التسامي *Sublimation*

الإعلاء حيلة أخري نتغلب عن طريقها علي العوائق التي تواجهنا عندما نريد أن نشبع رغباتنا أو دوافعنا بطريق مباشر ، فنلتفت حول هذه العوائق أو الرغبات بطريق غير مباشر ، طريق يرضي عنه الفرد وترضي عنه الجماعة(إبراهيم وجيه ، ١٩٧٤ ، ٣٦).

فالدافع الذي يسبب القلق من الممكن أن يتم تحويله بطريقة لاشعورية إلي أشكال مختلفة ، لكن تكون مرتبطة بنفس الدافع الذي يكون مقبول من المجتمع وللشخص ذاته (*Kagan & Haveman , 1991 , 356*).

وفقاً لفرويد فإن الإعلاء أو التسامي يمثل مستوي مرتفع من ميكانزمات الأنا ، إنه يتضمن إعادة توجيه الدفعات الجنسية إلي أنشطة اجتماعية مقبولة وذات قيمة ، علي سبيل المثال الكاتب من الممكن أن يعبر عن نزعاته الجنسية غير المقبولة من خلال كتابة قصيدة أو قصة والتي تكون موجهة بصورة غير مباشرة لإشباع هذا الدافع ، ويعتقد فرويد أن معظم الموروثات الثقافية من الفن والأدب والموسيقي هي نتاج الإعلاء أو التسامي (*Morgan et al., 1986, 590*).

ويعجز الطفل عن إعلاء دوافعه البدائية عندما تكون متطلبات المسايرة الاجتماعية كبيرة أو تكون مبكرة جداً في مراحل نمو الطفل . كما أن العقاب المتكرر يحول دون إشباع الطفل لكل احتياجاته لدافع معين (*Thompson et al ., 1959 , 389*).

والإعلاء حيلة نفسية مشروعة فالإنسان مطالب بقمع رغباته وانفعالاته غير الصحية ، ومطالب أيضاً بتأجيل بعض حاجاته الصحية التي لا يستطيع إشباعها من حلال ، بإعلائها وتصريف طاقاتها في أعمال مفيدة ومشروعة . فقد أمر الله الشخص الراغب في الزواج ولا يقدر عليه بالعفة التي فيها إعلاء للرغبة الجنسية **قال تعالي** :

(وَلْيَسْتَعْفِفِ ٱلَّذِينَ لَا يَجِدُونَ نِكَاحًا حَتَّىٰ يُغْنِيَهُمُ ٱللَّهُ مِن فَضْلِهِۦ ...)(النور:٣٣).

وأمر الرسول ﷺ الشباب المسلم الذين لا يستطيعون الزواج بإعلاء رغبتهم الجنسية والارتفاع بها بالصوم فقال عليه السلام"يا معشر الشباب من يستطع منكم الباءة فليتزوج ، فإنه أغض للبصر وأحصن للفرج ، ومن لم يستطع ، فعليه بالصوم فإنه له وجاء"(**محمد عودة ، كمال مرسي** ، ١٩٩٤ ، ١٥٣).

١١- التقمص *Identification*

هو عملية يمتص فيها الفرد الصفات المحببة إلي النفس التي يرجو أن تكون مكملة له من شخصية يحبها ، ويحاول أن يتخذها مثلاً يحتذيه ويتم ذلك بطريقة لا شعورية ، مما يؤدي إلي أن يأخذ الشخص عن النموذج صفاته جميعها السيئة والحسنة (**سعد جلال**،١٩٨٥، ٥١٣).

والتقمص عملية تشبه الإسقاط إلا أنها تأخذ اتجاهاً مغايراً ، فبدلاً من أن يطرح الفرد بعيداً بعض نفسه ويلبسه موضوعاً خارجياً كما يحدث في الإسقاط في التقمص

يأخذ لنفسه خصائص فرد آخر ويلبسها ذاته ، فهو عملية ترتبط فيها ذات الفرد بفرد آخر ليصبحا ذاتاً واحدة أو بمعني أخر تتمثل فيه خصائص الشخص الأخر أو صفة بارزة من صفاته ، فكثيراً ما نلاحظ خاصة بين الشباب من يتقمص شخصية أحد العظماء فتبدو مشيته مثله أو الطريقة التي يلتفت بها أو يتكلم بها (**إبراهيم وجيه ، ١٩٧٤ ، ٤٣**).

وقد يحدث التقمص علي مستوي التخيل أو علي مستوي السلوك الفعلي والتقمص ميكانزيم دفاعي نلجأ إليه لتخفيف حدة القلق ، فالشخص القلق لقصور شجاعته من الممكن أن يمتص الشجاعة من مجموعة من الأفراد يتسلقون قمة جبل ، وأنه يمتلك نفس الشجاعة *(Kagan & Haveman , 1991 , 357)*.

والتقمص في مستواه المعقول قد يكون مساعداً للفرد ودافعاً له ، ويؤدي دائماً إلي نجاح وتفوق ، ولكنه إن زاد عن الحد المعقول ، قد يؤدي إلي إنكار الفرد لحاجاته الشخصية . ويرجع الإقبال علي الصور المتحركة ومشاهدة المباريات الرياضية كنوع من التسلية إلي الإشباع الذي يحصل عليه الفرد من خلال التوحد (**كوفيل وآخرون،١٩٨٦،٨٥**) .

وهناك نوعان من الإسقاط تم دراستها تجريبياً الإسقاط الكلاسيكي ويحدث عندما لا يعي الفرد الصفات السلبية عنده(**أي تكون خارج نطاق شعوره**) ولكي لا يواجهها.أو يعيها فإنه يدافع من خلال أنه يعزو وينسب هذه الصفات إلي شخص آخر ، وعادة ما يكون هذا الشخص غير محبوب من قبل الفرد والنوع الثاني هو إسقاط العزو أو النسبة وهو عكس السابق حيث يضفي الشخص ويعزو خاصية أو صفة يعيها ويدركها علي شخص آخر (**محمد قاسم ، ٢٠٠٤ ١٥٣**).

١٢- الإنكار *Denial*

الإنكار هو تجنب الفرد الواقع المؤلم أو المسبب للقلق ، وذلك بالإنكار اللاشعوري لما هو موجود. وقد يكون الواقع المنكر فكرة أو رغبة أو حاجة أو موضوع خارجي. وقد يأخذ الإنكار صورة لُغوية في عبارة عرضية بأن هذا الشيء ليس كذلك أو في صورة تكرار قهري يلجأ إليه الفرد كوسيلة لإبعاد الفكرة أو الرغبة عن الشعور والتجاهل التام للجوانب المؤلمة من الواقع هو أحد طرق الإنكار (**كوفيل وآخرون ، ١٩٨٦، ٨٣**) .

وعندما ينكر الأفراد الواقع أو الحقيقة فهم يتجاهلون أو يرفضون الاعتراف بوجود خبرات غير سارة لكي يحموا أنفسهم ، والإنكار دائماً يتضمن [illegible] ع الذات ، فالأطفال غير المرغوبين من قبل والديهم يصرون علي أن والديهم في الواقع يحبونهم ، والطالب الطموح من الممكن أن يرفض مواجهة قصوره العقلي *(Davidoff, 1980, 455)* .

وفي حالة الإنكار فإن الفرد يحاول تعبئة الميكانزمات السيكولوجية كوسيلة دفاعية ليست عملية عشوائية غير هادفة ، ولكنها عملية تساعد الفرد علي التعايش مع المتغيرات التي تهدده ، حيث يزود الفرد بفترة زمنية للبحث عن القوي الذاتية والخارجية: (Duval , 1982)

وأكثر ما يستخدم النكران في مرحلة الطفولة ولكنه يقل مع ازدياد القدرة علي تميز الواقع وحدوده ، ولكن قد يكون النكران عند الراشدين مؤداه اضطراب نفسي يحتاج إلي عناية كأن ترعي الأم دمية علي أنها ابنها الذي قد مات وتقدم له الرعاية والغذاء(عطا الله فؤاد ، **دلال سعد ، ٢٠٠٩ ، ٩٠**).

عند العصابي تنشطر الأنا إلي جزء سطحي يتبين الحقيقة وجزء أعمق ينكرها ، في حالة المرض العقلي التي هي نكوص الطفولة الأولي يبرز فيها الإنكار بأوضح ما يمكن ، بعض حالات الكذب المرضي تستهدف الإنكار بإقناع المستمع بصحة شيء غير صحيح أو عدم صحة شيء صحيح ، ومن ثم فهو شاهد علي إمكانية خطأ الذاكرة ومن ثم يكون الإنكار(صلاح مخيمر ، **١٩٧٩ ، ١٣١**).

١٣- السلبية *Negativism*

السلبية عملية مقاومة سالبة أو موجبة لمسئوليات الفرد مقاومة موجبة عندما يفعل الشخص عكس ما يطلب منه ، وسالبة عندما يتجنب أن يفعل ما هو متوقع منه ، والمثال الأكثر شيوعاً للسلبية حالة الطفل الذي يفشل في المدرسة كتعبير عن مقاومته للضغوط الوالدية الشديدة (**كوفيل وآخ[illegible] ١٩٨٦، ٨٥**) .

وهي صفة عادية في الطفولة أما بعد ذلك فتعتبر سلوكاً غير تكيفي . وهي أيضاً عرض لبعض الحالات الذهانية وذلك حين يرفض المريض الخضوع للنظام اليومي أو تناول الطعام ....الخ (**انتصار يونس ، ١٩٨٥ ، ٣٥٠**).

والسلبية حيلة نفسية لا شعورية يلجأ إليها الشخص لإثبات ذاته أو تغطية شعوره بالنقص ، أو جذب الانتباه إليه .فقد يرفض الطفل الطعام ويعاند لإثارة انتباه والديه ، وقد يشاغب التلميذ في الفصل ، ويكذب ويعتدي لجذب انتباه مُدرسيه إليه وزيادة اهتمامهم به ، وقد يمرق المراهق عن سلطة والديه ومدرسيه ويخالف أوامرهم ، ويصر علي عمل ما يريد لإثبات وجوده واستقلاليته(محمد عودة ، **كمال مرسي ، ١٩٩٤ ، ١٥٩**).

١٤- العدوان *Aggression*

العدوان هو سلوك يقصد به المعتدي إيذاء الشخص الآخر أو تحطيم الممتلكات. ويكون العدوان مباشراً حيث يُمكن صاحبه من مواجهة الموقف ويكون غير مباشر فنجد

مثلاً الفرد يتخذ صورة المؤمرات والتشهير والنميمة والغمز واللمز ، وكثيراً ما نجد هؤلاء لا يستطيعون أن يعبروا عن المشكلة أو يواجهونها بصورة مباشرة ، إلي أنهم يلجأون إلي " تماحيك" من شأنها أن تجعلهم يقذفون بالحاجيات المادية معبرين بذلك عن درجة عالية من التوتر والقلق (**سيد صبحي ، ٢٠٠٣ ، ٨٧**).

١٥- الإبطال *Undoing*

الإبطال حيلة دفاعية تتوخي إصلاح ما قد أُفسد ، وهي غير مقبولة من الأنا وهي حيلة بدائية من قبيل الأفكار والأفعال السحرية ، وذات طبيعة مترددة وتلاحظ غالباً لدي مرضي الوسواس القهري ، إذ يمارسون طقوساً غريبة تشبه الأفعال السحرية لإبطال ما يخافون أن يفلت منهم من نزعات عدوانية (**ثائر أحمد وآخرون ، ٢٠٠٨ ، ٣٢٦**).

فوائد حيل الدفاع النفسي

١- تسمح حيل الدفاع النفسي للفرد بالتكيف مؤقتاً ، وأن يجرب نفسه في أدوار جديدة وتعلم وسائل جديدة للتكيف.

٢- قد يؤدي سلوك معين مبني علي ميكانزمات الدفاع إلي نتائج ايجابية ، فمثلاً الشخص الذي يتخذ الرياضة أو الرسم لإعلاء الدافع الجنسي(**سعد جلال،١٩٨٥،٥٢٠**).

٣- وقاية الفرد من الشعور بالقلق، والمحافظة علي توازنه وهدوئه العاطفي وإعطاء الشعور بالاطمئنان.

٤- تقدم حلاً وسطاً ومقبولاً بين الدوافع الملحة التي لا يمكن تحقيقها ، وبين المثل والقيود التي تمانع في تحقيقها.

٥- تسهل إرضاء بعض الرغبات التي لا يقبلها الوعي علي حالتها الطبيعية ولا يمانع في إرضائها إذا جاءت بشكل مستتر (**علي كمال ،١٩٨٨-أ ، ٦٥**).

وإذا كانت هذه الحيل الهروبية قد تمكن في بعض الظروف أصحابها من العيش في راحة بعيدين عن التوتر والصراع ، فإن هذه الراحة بمثابة المخدر الموضعي" الذي قلما يستمر ، وغالباً ما تضيع فائدته ويخف تأثيره ، وتظهر الآلام مرة أخري ، الأمر الذي يجعلنا نطالب بلغة الواقع ، المعتمدة علي إرادة الفعل والقدرة علي المواجهة وتقبل الإحباطات (**سيد صبحي ، ٢٠٠٣ ، ٩٥**).

إخفاق حيل الدفاع النفسي

يؤدي إخفاق حيل الدفاع النفسي التي هي وسائل وأساليب لا شعورية هدفها تجنيب الفرد حالة التوتر والقلق الناتجة عن الإحباطات والصراعات والحرمانات إلي عدم تحقيق الهدف وهو تجنب التوتر والقلق . وفي حالة اللجوء إلي حيل الدفاع غير السوية

العنيفة مثل النكوص والعدوان والإسقاط والتحويل فإن سلوك الفرد يظهر مرضياً (حامد زهران ، ٢٠٠٥ ، ١١٩).

وفي حيل الدفاع النفسي الفاشلة المولدة للمرض :

١- الصراعات بين الغريزة والقلق أو الإثم لا تولد بالضرورة مرضاً فهناك الاقتصاديات النفسية ونوعية الدفاع المستخدم ، هذا إلي أن المطالب الغريزية العادية حين يكون لها مكانها داخل انتظام الأنا ، تحظي بإشباع دوري تظل الصراعات قليلة الفاعلية . فذلك ضمان الصحة وشرط الإعلاء.

٢- الصراعات المولدة للمرض أصلها جميعاً في الطفولة حين قامت الأنا بطرد الحفزات الإنسالية ، ومن هنا فكل مرض يستند إلي عصاب طفلي هو النواة وفي العلاج عند القضاء علي الدفعات العازلة لهذه الحفزات تعود وتنتظم ضمن الأنا في أغلبها بينما الباقي يتناوله الإعلاء.

٣- أنموذج الدفاع يتضح في العصاب الصدمي في الإغماء من حيث هو إغلاق لوظائف الأنا فالدفعات هي إغماءات جزئية أي تصب علي وظائف معينة(صلاح مخيمر،١٩٧٩،١٣٠).

حيل الدفاع النفسي وذوي الاحتياجات الخاصة

يلجأ ذوي الاحتياجات الخاصة إلي استخدام ميكانزمات الدفاع النفسية مثل أترابهم الأسوياء ، وإن كان استخدامهم لها أكثر فالمتخلفون عقلياً يحتاجون إلي هذه العمليات أكثر مما يحتاج إليها الطفل السوي ولكنه يستخدمها بكفاءة أقل، وتنحصر الذات في الطفل المتخلف عقلياً بين متطلبات ورغبات الهو ومتطلبات الذات الأعلى فتكون النتيجة القلق الشديد والشعور بالذنب وبالإضافة إلي ذلك فإن الذات تكون غير قادرة علي تحقيق الأهداف لأنها لا تستطيع فهم متطلبات الواقع بسهولة ولا يمكن تحقيقها بطريقة مباشرة . فنقص خبرات النجاح ومعارضة الراشدين حوله باستمرار تضخم من هذه الصعوبات التي يصادفها المتخلف في حياته اليومية.

وفي مثل هذا الموقف الصعب لا تجد الذات فرصاً للتعبير إلا عن طريق العمليات اللاشعورية الممكنة مثل النكوص، والعزل، والنكران ، والكبت (فاروق صادق ، ١٩٨٢ ، ٢١٣).

أما الصم فإن يعجزون عن التعبير عن حاجاتهم ، ورغباتهم ، وأفكارهم لفقدهم استخدام اللغة المنطوقة ، لذا فهم ينسحبون من المشاركة في الكثير من الأنشطة ، والتفاعل مع الآخرين. والمراهقين الصم يخبرون الحماية الزائدة والرفض من والديهم ، كما أن لديهم اتصالات محدودة مع أقرانهم، ويشعرون بمزيد من العزلة، وصعوبات في الاتصال مع والديهم.

ويبدي المكفوف أربع مظاهر سلوكية واضحة هي : السلوك التعويضي الزائد ، والإنكار، والسلوك الدفاعي ، والانسحاب *(Somers , 1994 , 65-67)* كما يلجأ إلي التبرير إذا أخطأ مبرراً ذلك بأنه معوق بصرياً ، كما أنه يلجأ إلي الكبت كوسيلة دفاعية تحقق له الشعور بالأمن ، وتجنبه الاستهجان ، كما أنه كثير الانسحاب من بيئته التي يري أنها كارهه له وتتصف بالعدوانية،وكثيراً ما يلجأ إلي أحلام اليقظة حين يتعرض للإحباط.

ويعاني المعوقين بدنياً من الكبت ، والقلق ، والاكتئاب ، وفقدان الأمل والشعور بالإحباط(فوقية حسن ، ٢٠٠٦ ،١٠٠) وانتهت نتائج دراسة روزينبوم وراز *(Rosenbaum &Raz, 1977)* إلي أن الأفراد ذوي الإصابات المخية يستخدمون الإنكار بدرجة أعلي من أترابهم غير المصابين بإصابات مخية والي وجود ارتباط مرتفع بين مقاييس الإنكار ووجهة الضبط ، فالأفراد ذو وجهة الضبط الخارجي يكون استخدامهم للإنكار أقل .

ويشير كل من بييتريس ورايت *Beattrice & Wright* إلي أن المعوق يميل إلي الاعتماد علي الغير، وهو ميل أكدته الملاحظات العابرة لسلوك المعوق ، والتي تؤكد وجود الظواهر التالية :

١- تقلص نطاق حركة المعوق.

٢- الاحتياطات التي يقوم بها المعوق للمحافظة علي نفسه،وذلك باعتماده علي الآخرين.

٣- الجهود التي تبذل لعلاج المعوق ومساعدته تساهم في اعتماده علي الغير وهو في هذا مضحياً باستقلاليته.

والعدوان قد يكون نتيجة للإعاقة والخوف من التغير العدواني يحمل معه للمعوق نوعاً من القلق ، فالمعوق يشعر برغباته العدوانية ويحس بعدم قدرته علي تحمل نتائجها . الأمر الذي يزيد من قلقه ، وقد يسقط المعوق عدوانيته علي الآخرين ، وهكذا يحس بأنه يعيش في عالم مهدد خاصة وأنه يشعر بعجزه عن مواجهته(عمر شاهين ، ١٩٨٨،٦٠-٦١).

والإنكار هو السبب في إنكار المعوق لوجود أي فرق بينه وبين الأشخاص الآخرين فيرفض كل مساعدة أو عطف يقدم إليه(عمر شاهين ، ١٩٨٨ ، ٦١)وتم رؤية الإعاقة علي أنها مؤلمة ومهددة للفرد الذي يعمل علي مقاومتها من خلال إنكار وجودها *(Lip et al ., 1968)*

وقد أشارت نتائج دراسة ناديتش وآخرون ، فيرز وآخرون *(Naditch et al ., 1975 ; Phares et al ., 1968)* إلي التحقق من وجود علاقة بين مقياس الضبط الداخلي لروتر ومقياس الإنكار بين الأفراد المعوقين ، وأن استخدام الإنكار كميكانزم دفاعي يكون من خلال وجهة الضبط الداخلية أكثر من وجهة الضبط الخارجية . ،

وقد أسفرت نتائج دراسة ليب وآخرون *(Lip et al ., 1968)* **عن أن** الأفراد المعوقين ذو وجهة الضبط الخارجي يكونون بدرجة أقل إنكاراً لإعاقتهم مقارنة بهؤلاء ذو وجهة الضبط الداخلي.

الفصل الثاني :

أسباب الأمراض النفسية

هناك خصائص رئيسة مميزة للنظريات البيولوجية المتعلقة بالسلوك الشاذ . فهي نظريات اختزالية بمعني أنها تحاول تفسير ظواهر علم النفس بلغة علوم الفزيولوجيا والأعصاب والكيمياء الحيوية والوراثة ، كما تعتمد علي المقدمة المنطقية القائلة بأن البناء يحدد الوظيفة ويقررها (**كولز** ، ١٩٩٢ ، ٢٨١) .

ويمكن تناول أسباب الأمراض النفسية علي النحو التالي:

أولاً : الأسباب الحيوية (البيولوجية)

وهي في جملتها الأسباب الجسمية المنشأ أو العضوية التي تطرأ في تاريخ نمو الفرد، ومن أمثلتها الاضطرابات الفسيولوجية ، وعيوب الوراثة ، ونمط البنية أو التكوين ، وعوامل النقص العضوي (**حامد زهران** ، ٢٠٠٥ ، ١٠٧).

تبدأ حياة الجنين باتحاد الخلية الذكرية والأنثوية وتتكون نتيجة لذلك خلية مخصبة يطلق عليها الزيجوت ، وهذه الخلية تمثل أولي مراحل تكوين الجنين ، ويحوي الجسم البشري علي ما يقرب من ١٠٠ تريليون (**مليون مليون**) من الخلايا معظمها يقل عرضه عن عُشر من المليمتر (**مات ريدلي** ، ٢٠٠١ ، ١٢) وتنتظم المادة الوراثية داخل النواة في أزواج من البناءات الخيطية ، أو ما يشبه الخيوط تسمي الكروموسومات(*Baroff , 1986 , 96*)

ونصف هذه الكروموسومات مأخوذ عن الأب ، والنصف الأخر مأخوذ عن الأم ، وهذه الكروموسومات تنتظم في ثلاثة وعشرين زوجاً ، ولكل كروموسوم نظير له يمثلان معاً زوجاً ، أما الزوج الثالث والعشرين ، فإنه يختص بتحديد النوع فيكون عند الأنثى XX وعند الذكر XY.

وتتوقف العوامل الوراثية علي هذه الكروموسومات ، لأنها تنقل العوامل الوراثية عن طريق ما يسمي بالجينات " المورثات" وهي عبارة عن أكياس كيماوية في منتهي الدقة تنتظم علي الكروموسومات ، ويصعب رؤية الجينات تحت الميكروسكوب الضوئي مهما كانت قوته ، لذا يستعان حالياً بالميكروسكوب الالكتروني (**زيدان حواشين** ، **مفيد حواشين** ، ١٩٩٦ ، ١٢).

والوراثة في الأمراض النفسية أقل وضوحاً منها في الأمراض العقلية وسبب ذلك يعود إلي حد ما إلي عدم توفر حدود فارقة بين الانفعالات النفسية الطبيعية وبين الحالات النفسية المرضية ، ثم إن نسبة كبيرة من ذوي الأمراض النفسية يتحملون شكواهم المرضية ويحتفظون بها لأنفسهم ، وبسبب هذه التحديات تظل النسب الصحيحة

للإصابات المرضية مجهولة ، ومع هذه الصعوبات فإن التقارير الإحصائية والملاحظات الفردية العديدة تؤيد كلها وجود نسبة أعلي من الأمراض النفسية في عائلات وأقارب المرضي المصابين بهذه الأمراض(**علي كمال** ، ١٩٨٨-أ، ١٢٣).

النظرية البنيوية(بنية الجسم)

افترضت واحدة من أقدم وجهات النظر العضوية بأن الاختلافات (**البنيوية أي الاختلافات في بنية الجسم**) مسؤولة عن جميع أنماط الشخصية ويعد كريتشمر ، ١٩٢٥ أول من حاول في أوائل هذا القرن الربط بين خصائص جسمية معينة وخصائص مزاجية ، معتقداً بتوافر ارتباط عضوي بين الجسم والمزاج، واقترح أربعة أنماط جسمية هي النحيفة، والبدنية ، والرياضية ، والناقصة أو المشوهة ، ترتبط بكل منها سمات أو أمزجة محددة (**قاسم حسين** ، ٢٠٠٨، ٤٠-٤١).

وقد استطاع كريتشمر أن يبرهن علي أن الشخص النحيل عندما يصبح مريضاً عقلياً فإنه يميل لأن يكون فصامياً ، في حين أن الشخص البدين يميل إلي أن يصاب بالاضطرابات الوجدانية(**مثل ذهان الهوس والاكتئاب**) (**كوفيل وآخرون** ، ١٩٨٦، ٩٢).

أما شيلدون فقد لاحظ أن أصحاب البنية الظاهرية يتصفون بالمزاج العصبي ، والشخصية الجسمية يميلون إلي حب السيطرة والتسلط والتنافس والحركة (**قسم حسين** ، ٢٠٠٨، ٤٠) .

أما أصحاب الشخصية الاحشائية فيتميز ذو الدرجة العالية منهم بالحب العام للراحة والاجتماعية والنهم إلي الطعام والناس والود ، ويتميز باسترخاء في القامة وبطء في الاستجابة ، وهدوء في الطبع ، وتسامح في علاقاته بالآخرين وهو عموماً من الأشخاص الذين يسهل التعامل معهم ، **ويري شيلدون أن** الشخصية تبدو متركزة حول الأحشاء ، فالقناة الهضمية هي الحاكم بأمره ويبدو أن راحتها هي التي تحدد الهدف الأول من الحياة(**هول ، لندزي** ، ١٩٧١ ، ٤٦٣).

ومن أشهر الأنماط المزاجية التي استخدمت في هذا الاتجاه التصنيف الرباعي هيبوقراط والذي قسم الناس إلي :

١- **النمط الدموي** *Sanguine* ويكون المنتمي لهذا النمط متفائلاً في أغلب الأحيان ، ممتلئ الجسم ، سهل الاستثارة ، سريع الاستجابة ، مرحاً ومتقلب السلوك.

٢- **النمط السوداوي** *Melancholic* تتميز هذه الشخصية بالتشاؤم ، والانطواء والانقباض ، وبطء التفكير.

٣- **النمط الليمفاوي** *Phlegmatic* يتميز أصحاب هذه الشخصية بالبدانة والشره ، والخمول ، والبلادة ، وبطء الاستثارة وضحالة الانفعال .

٤- **النمط الصفراوي** *Choleric* في هذا النمط يتصف الشخص بقوة الجسم ويكون عادة سريع الغضب حاد الطبع ، إلا أنه في المقابل يكون ممن يملكون طموحات واسعة مصحوبة بالعناد(**مأمون صالح** ، ٢٠٠٨ ،٥٨) .

وقد وصف القرآن الكريم تصنيفاً للناس علي أساس العقيدة إلي ثلاثة أنماط علي النحو الآتي: المؤمنون ، والكافرون ، والمنافقون . ولكل نمط من هذه الأنماط الثلاثة سماته الرئيسة العامة التي تميزه عن نمط الآخرين. وتصنيف القرآن للناس علي أساس العقيدة يتمشي مع أهداف القرآن من حيث هو كتاب عقيدة وهداية . ثم إنْ هذا التصنيف يشير إلي أهمية العقيدة في تكوين شخصية الإنسان وفي تحديد سماته المميزة له ، وفي توجيه سلوكه علي نحو معين خاص يتميز به. كما يشير هذا التصنيف أيضاً إلي أن العامل الأساسي في تقييم الشخصية في نظر القرآن،هو العقيدة والتقوى(**محمد نجاتي** ، ٢٠٠١ ، ٢٣٨).

ثانياً : الجهاز العصبي

جدير بالإشارة إلي أن الجهاز العصبي لا ينشط فقط سوي بإثارة الحواس فهو يعمل طالما كنا علي قيد الحياة ، فالإنسان يستخدم اللغة ويفكر ، وليس من الضروري أن تبدأ هذه العمليات بإثارة حاسية ، ومع ذلك فإن المخ يعمل وحتى خلال ساعات نومنا ، فإنه يسهم بدور كبير في تنظيم البيئة الداخلية (**لندا دافيدوف** ، ١٩٩٧، ١٤٦).

ويعتبر الجهاز العصبي من الناحية التشريحية شبكة من الاتصالات العامة الممتدة ما بين أطراف الجسم المختلفة وأعضائه الداخلية ، أما من الناحية الوظيفية فيمكن اعتباره الجهاز الذي يسيطر علي أجهزة الجسم المختلفة ، ويشرف علي جميع الوظائف العضوية ، ويؤلف بينها بما يحقق وحدة وتكامل الكائن الحي إذن فهو مجموعة من المراكز المرتبطة فيما بينها ، وإلى هذه المراكز تصل التنبيهات الحسية من جميع أجزاء الجسم سطحية كانت أو عميقة ، وعن هذه المراكز تصدر التنبيهات الحركية التي تصل إلي العضلات إرادية كانت أو لا إرادية لتصدر الاستجابات(**سامي عبد القوي** ، ١٩٩٤ ، ١٠٧).

والخلية العصبية أو النيرون *Neuron* **هي** الوحدة الأساسية الوظيفية والبنائية للجهاز العصبي، ويقدر أن هناك ما بين ١٠-١٥ بليون خلية عصبية في الجهاز العصبي للإنسان، وأكثرها متواجدة في الدماغ ، وتعمل الخلية العصبية كباقي خلايا الجسم الأخرى

في إنتاج الطاقة اللازمة لحياتها الخاصة ، وتوجد بها تفرعات على نوعين هي : **المحور** *Axon* **والشجيرات** *Dendrites* (**خليل إبراهيم ، ٢٠٠٢ ، ١٣**).

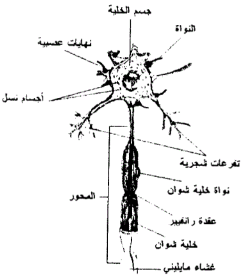
ويمكن تصنيف النيورونات إلي ثلاثة أصناف :

١- **المستقبلات** *Afferent Neurons* إن هذه النيورنات هي الموجودة على أعضاء الحس ووظيفتها حمل الرسائل إلي الجهاز العصبي المركزي من أعضاء الحس كالعين والأذن ...الخ.

٢- **الآمرات** *Efferent Neurons* وتحمل هذه النيورنات الرسائل من الجهاز العصبي المركزي وتنتهي محاورها إما في العضلات أو في الغدد ، إن النبضات العصبية لهذه النيورنات تحرك العضلات وتنشط الغدد.

٣- **نيورنات الربط** *Connecting Neurons* وتعتبر هذه النيورنات وسائط بين باقي النيورنات ، ويتم عن طريق محور خلية أخري فقط ، ولا تنتهي في عضلات أو غدد وإنما في وصلات أخري حيث تعمل على استثارة نيورونات أخري لتنبض(**عبد الرحمن عدس ، محي الدين توق ، ١٩٨٦ ، ٣٣**).

وتوضح الصورة الحالية الخلية العصبية:



وجسم الخلية وفيه النواة ، النهايات العصبية تنقل الاستثارة إلي وصلة عصبية أخري ، ويغطي العصبي مادة دهنية كيمائية تضفي عليه اللون الأبيض ولهذه المادة دور هام هو العزل الكهربائي للمحور لمنع تسرب الانبعاثات العصبية أو الاشارات الكهربائية التي تنطلق عبره على هيئة شحنة كهربائية ضعيفة كما أن دورا أخر هو المحافظة على سلامة وحيوية المحور العصبي (**محمد قاسم ، ٢٠٠٤ ، ٤٥-٤٦**).

والمحور عبارة عن ليف عصبي منفرد يمتد من أحد جوانب جسم الخلية ويقوم بنقل التنبيه من جسم العصبون إلي العصابين الأخريين أو العضلات أو الغدد ، ويتم نقل التنبيه الذي يُرمز كنبضات عصبية كهربائية تسير باتجاه واحد بدءاً من شجيرات الخلية مروراً بجسم الخلية ومنها عبر المحور العصبي إلي شجيرات خلايا عصبية أخري ، وهي تعمل علي استلام الإشارات العصبية أو الرسائل ونقلها إلي جسم الخلية ، أما الشجيرات فهي تفرعات متشعبة صادرة عن جسم الخلية ، وظيفتها استقبال التنبيه من محاور الخلايا المجاورة علي شكل نبضات كهربائية ونقلها إلي جسم الخلية (راضي الوقفي ، ٢٠٠٣ ، ١٦٢).

وتتولى الخلية توصيل السيالات الكهربائية الحسية إلي المخ ويُصدر المخ بناء على هذا استجاباته التي تنبعث منه إلى الخلايا الأخرى الحركية ثم تنتقل عبر المسارات الحركية إلى الأعصاب الحركية التي توصلها إلى الأطراف أو الأعضاء المختصة (عبد الستار إبراهيم ، ١٩٨٥ ، ٨٣) .

وجود اضطرابات في الخلايا العصبية وفي وظائفها يلعب دوراً في نشأة بعض الأمراض النفسية أو في نشأة السلوك الشاذ مثل زيادة هذه الدفعات أو التيارات العصبية وقلتها أيضاً ، وكذلك حساسية الوصلات العصبية (عبد الرحمن العيسوي ، ٢٠٠٤، ٨١).

والنموذج البيولوجي ذو تأثير فعال في مجال علم النفس المرضي فقد دلت الدراسات التي تمت في مجال الاضطرابات الوظيفية للمخ في إحداث ثورة شاملة فيما يتعلق بفهمنا لعلم أسباب الأمراض ، فقد أضحي من المؤكد الآن أن اضطرابات أساسية مثل الفضام ، والعديد من الاضطرابات المزاجية ، وإدمان الحول أو المخدرات والاعتماد عليها ترتبط بلا شك بالاضطرابات الوظيفية للمخ(محمد السيد، ٢٠٠٠-أ ،٥٨).

ويتكون الجهاز العصبي من :

أولاً : الجهاز العصبي الجسمي *Somatic (Motor) Nervous System* **ويشمل:**

١- **الجهاز العصبي المركزي** *Central Nervous System(CNS)*

٢- **الجهاز العصبي المحيطي** *Peripheral Nervous System*

ثانياً : الجهاز العصبي الذاتي (ANS) *Autonomic Nervous System* **ويشمل:**

١- الجهاز العصبي السمبثاوي (الودي) *Sympathetic Nervous System*

٢- الجهاز العصبي البارسيمبثاوي : *Parasympathetic Nervous System*

نتناول فيما يلي الجهاز العصبي بشيء من التفصيل:

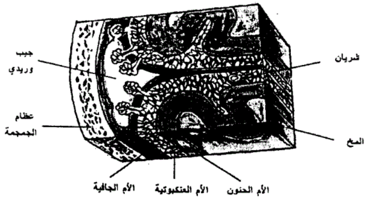
أولاً : الجهاز العصبي الجسمي *Somatic (Motor) Nervous System* ويشمل :

١- الجهاز العصبي المركزي *Central Nervous System(CNS)*

يقع الجهاز العصبي المركزي في مركز الجسم حيث يوجد الدماغ في داخل عظام الجمجمة ، بينما يقع النخاع الشوكي داخل العمود الفقري ، ويتم حماية الجهاز العصبي من خلال عظام الجمجمة والعمود الفقري ، حيث يقطن في الأولي المخ والثانية النخاع الشوكي(**سامي عبد القوي ، ٢٠٠١ ، ٦٣**).

ويحاط بالمخ والحبل الشوكي ثلاث طبقات مختلفة من الأغشية تعرف بالسحايا وتعرف الطبقة الخارجية من السحايا "بالأم الجافية"*Dura Mater* وهي غشاء ليفي قوي ومتين ويمتد عدد من الزوائد منه إلي التجويف الذي يوجد داخله المخ ، ووظيفة هذه الزوائد هي أن تقلل من مدي حركة المخ أثناء الدوران والأم العنكبوتية *Arachnoid Mater* وهي غشاء أكثر رقة من الأم الجافية وأما الطبقة الداخلية من السحايا فهي الأم الحانية *Pia Mater* وهي غشاء يلاصق سطح القشرة الدماغية ، ويغطي التلافيفي ويمضي معها داخل الأخاديد (**كرستين تمبل ، ٢٠٠٢ ، ١٨-١٩**).

وتحتوي المسافة بين الأم الجافية والعنكبوتية علي سائل مصلي يرطب سطحيهما، ويسمح بحركة المخ مع غشاءيه الداخليين داخل غشاء الأم الجافية وتحتوي المسافة بين العنكبوتية والأم الحانية علي الأوعية الدموية المغذية للمخ وعلي السائل المخي الشوكي(محمد بهائي ، ١٩٨٨ ، ١٧). **وتوضح الصورة التالية أغشية أو سحايا المخ :**



ويمكن تناول مكونات الجهاز العصبي المركزي علي النحو التالي :

١- الدماغ *Brain*

وهو أعلي المراكز العصبية وأكثرها تعقيداً وتطوراً ، وأهمها في الإنسان ويتميز دماغ *Brain* الإنسان بتعقيد كبير ، فهو يحتوي ما يقارب من عشرة بلايين خلية عصبية

وترتبط كل خلية بوصلات بينها وبين الخلايا الأخرى ، ويتراوح عددها من خمسة ألاف إلي عشرين ألف وصلة ، ومعدل ما يصل إليه من الدم هو ثلاثون بالمائة من الدم الخارج من البطين الأيسر (أي الدم المؤكسج) وأن نسبة التمثيل الغذائي للدماغ تصل إلي أربعين بالمائة من التمثيل الغذائي للجسم كله بالرغم من أن وزن الدماغ لا يتجاوز اثنين بالمائة من وزن الجسم(**عبد الكريم الحجاوي ، ٢٠٠٤ ، ١٨**).

ومخ الإنسان يهيمن ويسيطر علي كل الأنشطة التي يقوم بها الإنسان. وكل ما يقوم به الإنسان من نشاط يترك أثراً في خلايا المخ ، ويبقي هذا الأثر مسجلاً في خلايا المخ علي نحو ما لم يعرف العلم كنه بعد. وهذه الآثار الباقية في خلايا لحاء المخ هي الأساس الذي تقوم عليه العمليات العقلية العليا للإنسان كالتعلم والتذكر والتخيل والتفكير. ولعلنا نستطيع علي ضوء ذلك أن نفسر ما جاء في بعض آيات القرآن الكريم من أن السمع والإبصار والألسنة والجلود ستشهد علي الناس يوم الحساب (**محمد نجاتي ، ٢٠٠١ ، ٢١٧**).

ويتكون الدماغ من : المخ *Cerebrum* والدماغ البيني *Diencephalon* وجذع الدماغ *Brain Stem* .

أ- المخ *Cerebrum*

يبلغ وزن المخ في الإنسان البالغ حوالي ١٤٠٠ جرام في المتوسط ، أي ما يقرب من كيلو جرام ونصف ، ويختلف حجمه حسب السن ، فيزداد تدريجياً منذ الولادة حتى يصل إلي أقصي نمو له في سن الثامنة عشرة إلي العشرين ، ويتركب المخ من حوالي ٢٠ بليون (**مليون مليون**) وحدة عاملة ، أو خلية عصبية ، وتصل إليه المعلومات التي تختص بما يدور في الوسط الخارجي المحيط بالجسم وبما يجري داخل الجسم المختلفة عن طريق أسلاك توصيل خاصة ، تُعرف بالألياف العصبية(**محمد ماني ، ١٩٨٨، ٩-١٠**) .

وحجم المخ من الناحية السيكولوجية ليس له دلالة ، وبالفحص المجهري تبدو الفروق ضئيلة بين الذكور والإناث في الخلايا العصبية باستثناء الكروموسومات الجنسية في نواة الخلية ، وهناك احتمالية أن الفروق في المخ بين الذكور والإناث تكون نتيجة للخبرة، وأن الاستثارة الأموية تؤثر في عدد الخلايا العصبية التي تبقي حية *(Peterson ,1997,121-122)* .

لكن أهم ما في دراسات النشاط الكهربائي للمخ هو أن العلماء قد تمكنوا من خلال بحوث متعددة من تحديد أربعة إيقاعات أو أنماط من الموجات الكهربائية الصادرة من المخ وهي:

١ - إيقاع ألفا وهو من أول الإيقاعات الكهربائية التي تم اكتشافها ومن أسهلها تمييزاً من بين الموجات الكهربائية الأخرى ، وتردده يتراوح ما بين سبع وأربع عشرة دورة (تردد) في الثانية ، وهو يظهر أكثر ما يظهر عندما يكون الشخص مستيقظاً ، ولكن في حالة استرخاء ولا يركز تركيزاً قوياً على موضوع يشغله.

ب - موجات بيتا ويتراوح ترددها ما بين أربع عشرة واثنتين وثلاثون دورة في الثانية، ويرتبط ظهورها بالحالات العادية من النشاط واليقظة.

جـ - نشاط ثيتا وهو أبطأ من النوعين السابقين ، ويرتبط ظهوره فيما يعتقد البعض بحالات الإدراكات الحسية الخارقة ويمكن إثارته في المخ بتوجيه إحباط مع معين ، ويزداد ظهوره في الأطفال الصغار

د- موجات دلتا وهي أبطأ الموجات جميعا وأكثرها سعة ، وتظهر في حالات الاستغراق الشديد في النوم(عبد الستار إبراهيم ، ١٩٨٥ ، ٧٣).

والمخ مكنون في التجويف العظمي ، ويحاط المخ والنخاع الشوكي أيضاً بالسائل المخي الشوكي الذي تحويه تجاويف المخ ، ويقوم السائل المخي بالإضافة إلي عمله كوسادة لحماية المخ والنخاع بخدمة عمليات التغذية الخاصة بالمخ (أحمد عكاشة ، ١٩٨٦ ، ٣١).

ويتكون المخ من النصفان الكرويان *Cerebral Hemisphere* **وهما قسمين** متماثلين تماماً يضبط الجزء الأيمن من الجانب الأيسر.في حين يضبط الجزء الأيسر الجانب الأيمن للجسم ، ويربط بين هذين الجزئيين أجسام صلبة(عباس عوض. ١٩٨٩، ٦٦ -٦٧).

وعمل كل نصف مخ يكمل النصف الآخر حتى يكونا وحدة ، إلا أنه توجد فروقات بين عملي المخ الأيمن والأيسر، يمتاز المخ الأيسر بالتعبير اللفظي أو اللغوي، والتحليل المنطقي بينما النصف الأيمن يختص بادراك الأوامر وتنفيذها وفيه أيضاً مركز الإبداع (عبد الرءوف ثابت ، ١٩٩٣ ، ٢٤٣-٢٣٥).

.ويتكون نصف كرة المخ من :

١- القشرة المخية *Cerebral Cortex* وتتكون من مادة رمادية تمثل أجسام الخلايا العصبية ، وتعتبر سطح المخ وتحتوي علي التلافيف والأثلام الفصوص والعقد:

أ- **التلافيف** وهي امتداد للمادة الرمادية تغوص عميقاً في وسط المادة البيضاء مكونة تلك الطيات والثنيات.

ب- **الأثلام** وهي عبارة عن خطوط سطحية تقسم المخ إلي عدة أجزاء وظيفية معروفة(عبد الكريم الحجاوي ، ٢٠٠٤ ، ٢٠).

جـ- الفصوص وتتكون من :

* الفص القفوي *Occipital Lobes*

يتصل هذا الفص بحاسة البصر ، فإزالته تؤدي إلي عمي مستديم يعجز معه الفرد عن رؤية الأنماط المختلفة ، ولا يتمكن من التمييز إلا بين الظلام والنور ويضطر جراحو المخ إلي إزالته في الإنسان حين إصابته بأورام تستدعي هذه الإزالة (سعد جلال ، ١٩٨٥ ، ٢٣٢).

* الفص الجداري *Parietal Lobes*

يختص الفص الجداري بصفة رئيسة بما يمكن تسميته بالإحساس غير المخصص علي سبيل المقابلة للسيالات الحسية التي تنقل إلي المخ من أعضاء الحس الخاصة بالسمع والإبصار ، ذلك لأن مجموعات كبيرة من المسارات العصبية تصدر من السرير (المهاد) وتنتهي في الفص الجداري حاملة إليه سيالات عصبية انتقلت أولاً من الحبل الشوكي بطريق التتابع كما هي الحال في الإحساس بوساطة اللمس في درجة الحرارة ، وتكون منطقة الإحساس مرادفة لمنطقة الحركة المجاورة وبنفس التمثيل العكسي للجسم (أحمد عكاشة ، ١٩٨٦ ، ٤٠-٤١).

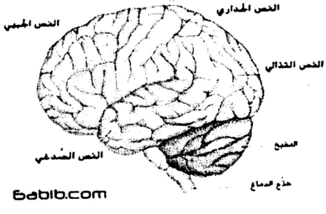
* الفص الصدغي *Temporal Lobes*

يحتوي الفص الصدغي علي مراكز خاصة بالسمع ، تنقسم أيضاً إلي مراكز أولية لاستقبال الإشارات العصبية الناتجة عن المؤثرات الصوتية، ومراكز ثانوية للتعرف عليها، ويحتوي ذلك الفص أيضاً علي مراكز للشم والمذاق (محمد هاني ١٩٨٨ ، ٢١).

*الفص الجبهي *Frontal Lobes*

يستخدم الفص الجبهي في السيطرة علي الحركة أساساً وفي عملية التذكر والانفعالات والعواطف ثانياً ، واللغة والتفكير ثالثاً(خليل إبراهيم ، ٢٠٠٢ ، ٨٠).

وتوضح الصورة التالية مواقع فصوص المخ :



د- العقد القاعدية *Basal Ganglia* :

وهي مجموعة من الخلايا العصبية المختصة بتنظيم الحركات الإرادية وترتبط ارتباطاً وثيقاً بالمخ(**سامي عبد القوي ، ٢٠٠١ ، ٧١**).

٢- البطين الجانبي وهو عبارة عن فراغ في نصف كرة المخ علي كل جانب وهو مملوء بالسائل النخاعي الشوكي ، أما باقي نصفي كرة المخ ، فتتألف من المادة البيضاء المتكونة من ألياف عصبية إما صادرة من خلايا القشرة المخية أو واردة إليها(**عبد الكريم الحجاوي ، ٢٠٠٤ ، ٢١**).

ب- الدماغ البيئي

هو المنطقة الواقعة أسفل كرة المخ وأهم مكوناته هي :

١- المهاد.

٢- تحت المهاد (المهيد).

٣-البطين الثالث Third Verticle وهو الفراغ الذي يفصل بين المهاد الأيمن والأيسر.

١- **المهاد (الثلاموس)** Thalamus وهو عبارة عن تجمع كبير من أجسام الخلايا في المخ الأمامي ، ويبدو مثل كرتي قدم صغيرتين ، وكل المعلومات الحسية الواردة تجد طريقها إلي هذا المركز ، واحدي الوظائف الهامة للثلاموس هي نقل المعلومات الحسية إلي المناطق الحسية الأولية في القشرة الموجودة فوقه ، ويلعب الثلاموس أدوراً إضافية بدأ علماء الأعصاب في فهمها ، ومحاور بعض نيورونات الثلاموس تنتشر في المناطق الترابطية في القشرة ، ويبدو أن لها علاقة بتنبيه باقي المخ حتى يمكنه التركيز علي الأحداث الهامة وللثلاموس دور فعال في التحكم في النوم والاستيقاظ أيضاً (**لندا دافيدوف ، ١٩٩٧ ، ١٧٢**) والآثار السلوكية المترتبة علي إزالة أو تنبيهاً كهربياً تؤدي إلي إحداث خلل في مستوي الاستجابات الانفعالية والغريزية وفي حالة انقطاع أو انفصال بينه وبين أجزاء اللحاء فإن وظائف هذه الأجزاء تعتبر لاغية أو ممحية(**مختار نور ، ٢٠٠٤ ، ٧١**).

٢- **تحت المهاد** (المهيد) *Hypothalamus* وهي تجمع خلوي ، يتكون من مجموعات من الخلايا العصبية تسمي الأنوية،تقع أسفل منطقة المهيد وأعلي جسم الغدة النخامية، وأمام النوى بين الساقين ويقسم إلي مناطق نووية مثل النواة فوق البصرية ، ونواه البطين،والنواة الظهرية الوسطي. وللمهاد وظائف متعددة مثل تنظيم النشاط الهرموني، وتنظيم درجة حرارة الجسم ، وتنظيم عملية التمثيل

الغذائي ، وتنظيم مستوي الماء في الجسم والتحكم في السلوك الجنسي ، وتنظيم ضغط الدم (عبد الكريم الحجاوي ٢٠٠٤ ، ٢٣-٢٦).

ويتحكم المهيد بتلك الوظائف والسلوكات بطريقتين أساسيتين هما :

أولاً : إصدار إشارات عصبية – كهربائية إلي الجهاز العصبي المستقل.

ثانياً : إصدار إشارات كيميائية من خلال الأوعية الدموية إلي الغدة النخامية(خليل إبراهيم ، ٢٠٠٢ ، ٧٣).

جـ- جذع الدماغ *Brain Stem*

يتكون جذع الدماغ من الدماغ/الأوسط *Mid Brain* القنطرة الدماغية (الجسر) *Pons* والنخاع المستطيل *Medulla Oblongata* .

وجذع المخ ساق قصيرة تبدأ من أسفل المخ ثم تضيق كلما انحدرت لأسفل حتى تصل إلي الثقب الأعظم الموجود في قاع الجمجمة ، والذي يبدأ منه الحبل الشوكي ماراً بالعمود الفقري ، ويلعب هذا الجزء من المخ دوراً هاماً في السيطرة المخية علي العضلات الخاصة بالوقوف وحفظ الاتزان (سامي عبد القوي ، ٢٠٠١ ١٢٤).

١- الدماغ الأوسط *Mid Brain*

وهو يشمل فخذي المخ إلي الأمام وهما الجزءان اللذان يربطان القنطرة بفصي المخ من جهة وبالحبل الشوكي من جهة أخري وبالمخيخ من جهة ثالثة . ويمر بهما كل المحاور الصاعدة والنازلة . ويشمل الأجسام التوأمية الأربعة إلي الخلف ، ويختص الجسمان العلويان منهما بمركزين ثانويين لحاسة الإبصار والجسمان السفليان بمركزين ثانويين لحاسة السمع. وتنشأ من المخ مجموعة من الأعصاب المخية(حامد زهران، ٢٠٠٥، ٨٩).

ويحاط المخ بطبقة من اللحاء *Cortex* أو ما يسمي قشرة المخ وهي طبقة تميل نحو اللون الرمادي وتشبه المادة السنجابية للحبل الشوكي ، تتكون من ملايين الخلايا العصبية التي تمتد أليافها إلي المادة البيضاء في الأسفل ، وهي أرقي أجزاء المخ تطوراً وأهمها أيضاً (عباس عوض ، ١٩٨٩ ، ٦٦).

٢- قنطرة فارول *Varoli Pons*

أي الجزء التالي علي النخاع المستطيل ولها تجويف واضح في عظام الجمجمة من الداخل وحتى تبدو أكثر سمكاً من النخاع المستطيل (أحمد فائق محمود عبد القادر ، ١٩٨٠ ، ٧٠) وتمر عبرها كتلة سميكة من الألياف المتقاطعة الصاعدة والهابطة من كل من نصفي كرة المخ ، وتوجد في جسر فارولي أنوية ترتبط بالوظائف الحسية والحركية(مختار نور ، ٢٠٠٤، ٧٤).

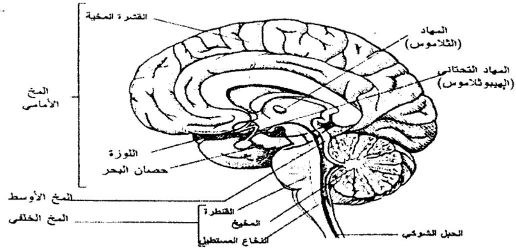
٣- النخاع المستطيل *Medulla Ablongata*

وهو الجزء التالي علي النخاع الشوكي مباشرة ومكانة قاع الجمجمة من أسفل. ويعد أول جزء من المخ والتالي علي النخاع الشوكي رقياً.

⋆ المخيخ

المنطقة الخلفية من المخ وهي تسمي المخيخ وهو جسم بصلي الشكل يتكون من نصفين كرويين ويمكن تقسيمه إلي ثلاثة أجزاء ذات وظائف مختلفة "**المخيخ البدائي**" وهو أقدم أجزاء المخيخ من حيث التطور النوعي. وهو يتلقى مثيرات دهيليزية خاصة بالتوازن من الأذن الداخلية ويساعد في المحافظة علي التوازن "**والمخيخ القديم**" وهو يتلقى معلومات عن الإحساس بالضغط واللمس من العضلات والأوتار مما يساعد علي الاحتفاظ بوضع الجسم وعلي القيام بالحركات الإرادية " والمخيخ المستحدث " وهو يقوم بتنسيق الحركات الإرادية وتسهيل أدائها والتأكد من أن اتجاهها ومداها صحيحان (**كرستين تمبل، ٢٠٠٢**، ١٨-١٩).

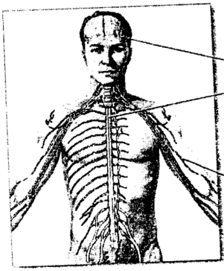
فالمخيخ يتلقى معلومات من مئات الآلاف من المستقبلات الحسية في العينين، والأذنين، والجلد، والأوتار، والعضلات والمفاصل. وبدلاً من أن تدخل هذه المعلومات في مجال وعينا وتستثير إحساساتنا فإنها تستخدم بدون وعي منا وذلك لتنظيم جلستنا وحركاتنا (**لندا دافيدوف، ١٩٩٧**، ١٧٦). وتوضح الصورة التالية الثلاموس، والهيبوثلاموس، والقنطرة، النخاع المستطيل، المخيخ ...الخ.



ولقد تبين أن تدمير أجزاء من الدماغ الأوسط يسبب اضطرابات شديدة في السلوك الجنسي والسلوك العدواني والنوم من ذلك إصابة الدماغ بالأورام أو في حالة وجود خراج في الدماغ أو إصابته بالاستسقاء، وإصابة الدماغ بالعدوى أو بالجروح والاضطرابات

العقلية الحادة ، وتتأثر الخلايا الدماغية في الإصابة بالزهيمر وفي حالة الإصابة بالفصام بعض أجزاء الدماغ تصاب بالتضخم (عبد الرحمن العيسوي ، ٢٠٠٤ ، ٨٣).

٢- الحبل أو النخاع الشوكي *Spinal Cord*



النخاع الشوكي يمتد في السلسلة الفقرية من الفقرة العنقية الأولي وينتهي عند الفقرة الصدرية الأخيرة ، وهو ممر عصبي ضخم للتيارات الصاعدة والهابطة، ويعد النخاع الشوكي أول جزء تشريحي في الجهاز العصبي بدأ في الفقريات(**أحمد فائق ، محمود عبد القادر** ، ١٩٨٠ ، ٦٤) وهو جسم اسطواني تقريباً يبلغ طوله ٤٥ سم وقطره ثمانية مليمترات في المتوسط ، وينتهي تدريجياً في أسفله علي شكل خيط رفيع (**حلمي المليجي** ، ب ت ، ٧٤).

ويخرج من النخاع الشوكي أزواج متقابلة من الأعصاب ، تسمي الأوصال الشوكية ويبلغ عددها واحد ثلاثون زوجاً وهم : ثمانية أزواج عنقية ، اثنا عشر زوجاً صدرية ، خمسة أزواج قطنية ، خمسة أزواج عجزية،زوج واحد من الأعصاب يسمي العصعصي (عبد الكريم الحجاوي ، ٢٠٠٤ ، ٣٣-٣٤).

وتوجد في النخاع الشوكي مراكز عصبية كثيرة تتحكم كل منها في وظيفة محددة كالتبول والتبرز وغيرها ، ينقل الحبل الشوكي السيالات العصبية من العضلات الهيكلية إلي المخ ومن المخ إلي العضلات الهيكلية، ويسيطر النخاع الشوكي علي الأفعال المنعكسة أي أنه هو مركز الأفعال الانعكاسية (مختار نور الدين . ٢٠٠٤ ، ٨٠).

٢- الجهاز العصبي المحيطي أو الطرفي *Peripheral nervous System*

يتكون الجهاز العصبي المحيطي في الجسم من الأعصاب المحيطية الناشئة من الجهاز العصبي المركزي والموزعة علي الجسم ، وقد سمي هذا الجهاز بالمحيطي لأن الجهاز العصبي المركزي يحتل محور الجسم ، وأن جميع أجزاء الجسم الأخرى تحيط بهذا المحور ، وأن الأعصاب التي تجهز هذه الأجزاء الجسمية في المحيط تسمي بالأعصاب المحيطية وهي

نوعان : الأعصاب القحفية *Cranial Nerves* والأعصاب الشوكية *Spinal Nerves* (عبد الكريم الحجاوي ، ٢٠٠٤ ، ٣٦) ويتكون من :

أ- الأعصاب القحفية *The Cranial Nerves*

تقع الأعصاب الجمجمية في داخل الجمجمة وهي اثنتا عشرة مركزاً يخرج منها اثنتا عشر زوجاً من الأعصاب التي تسمي بالجمجمية ، وتعد الأعصاب الجمجمية وحدة تشريحية متميزة للدور الكبير الذي تؤديه في إقامة الصلة بين الإنسان وعالمه ، وهذه الأعصاب بعضها حسي وبعضها الآخر حركي وبعضها الثالث مزدوج الوظيفة (**أحمد فائق، محمود عبد القادر ، ١٩٨٠ ، ٦٨**) وهي علي النحو التالي :

١- العصب الشمي *Olfactory Nerve* (حسي للشم).

٢- العصب البصري *Optic Nerve* (حسي للبصر) .

٣- العصب السمعي *Acoustic Nerve* (حسي للسمع) (**حامد زهران ، ٢٠٠٥ ٩٠**).

٤- العصب الحركي العيني *Oculomotor Nerve* (**عصب محرك للعين**).

٥- العصب البكري *Trochlear Nerve* (**عصب محرك للعين**).

٦- العصب التوأمي الثلاثي *Trigeminal Nerve*

٧- العصب المبعد *abducent Nerve* (**عصب محرك للعين**) .

٨- العصب الوجهي *Facial Nerve*

٩- العصب اللساني البلعومي *Glossopharyngeal Nerve*

١٠- العصب الحائر *Vagus Nerve*

١١- العصب الإضافي *Accessory Nerve* يغذي بعض العضلات في العنق.

١٢- العصب تحت اللساني *Hypoglossal Nerve* يغذي عضلات اللسان (**محمد هاني ، ١٩٨٨ ، ٢٠**).

ب- الأعصاب الشوكية *Spinal Nerves*

تخرج الأعصاب الشوكية من النخاع الشوكي مجموعة من الأعصاب الشوكية *Spinal Nerves* يبلغ عددها ثلاثة وثلاثون زوجاً. ونظام خروجها **من فقرات العمود الفقري كالآتي** :

- ✓ الفقرات العنقية وعددها سبع الأولي تسمي الفهقة والثانية تسمي المحورية.
- ✓ الفقرات الظهرية وعددها اثنتا عشرة وتتصل اتصالاً مفصلياً مع اثني عشر زوجاً من الضلوع من جانبيها .

- ✓ الفقرات القطنية وعددها خمس وتمتد خلف المنطقة البطنية.
- ✓ الفقرات العجزية وعددها خمس تلتحم مع بعضها التحاماً قوياً وتكون ما يسمي بالعجز.
- ✓ الفقرات العصعصية وعددها أربع وتلتحم ببعضها البعض، وهي غير واضحة مع الأجزاء تماماً، وتعادل الذيل في الحيوانات الثديية الأخرى (**دار الهلال ،١٩٨٣- ب ، ١٤-١٥**).

وتختلف الأعصاب الشوكية عن الأعصاب المخية أو الجمجمية في وجهات عدة أهمها:

١- أن الأعصاب الشوكية تبرز من الحبل الشوكي علي مسافات منتظمة بينما تتصل الأعصاب الدماغية أو المخية بالمخ علي مسافات غير منتظمة.

٢- أن الأعصاب الشوكية كلها أعصاب حسية حركية مختلطة ، بينما الأعصاب الدماغية بعضها أعصاب حسية محضة ، والبعض الأخر حركي محض ، والبعض الثالث مزيج من الأعصاب الحسية والحركية (**مختار نور، ٢٠٠٤ ،٨٢**).

ثانياً : الجهاز العصبي الذاتي أو اللاإرادي *Autonomic Nervous System*

هو عبارة عن احدي المجموعات الثلاث للجهاز العصبي التي تسيطر علي تغذية العضلات اللاإرادية كالقلب ، وجدران الأوعية ، والأغشية المخاطية للغدد ، ولو أن هذا الجهاز يعمل من ذاته بدون تدخل منا ، وفي بعض الأحيان بغير علمنا ، إلا أنه باتصالاته بالجهاز العصبي الرئيس يكون خاضعاً لتكييف وتنظيم سيطرة المخ ، وينقسم الجهاز العصبي الذاتي من حيث عمله إلي مجموعتين نوعيتين ، يقوم كل منهما بعمل مضاد للأخر، وهي المجموعة السبمتاوية والمجموعة الباراسبمتاوية (**أحمد عكاشة ، ١٩٨٦ ، ٥١**).

ويقسم إلي جهازين فرعيين وهما مختلفان من حيث التركيب : الفرع الأول هو الجهاز السيمبثاوي وفيه تقع العقد في سلاسل طويلة بمحاذاة الحبل الشوكي إن الكثير من المحاور المتجهة للخارج تلتقي ثانية لتكون عقداً مترابطة إضافية وتترابط ترابطات جديدة مع النيورنات التي تحمل في النهاية رسائل الجزء السيمبثاوي للغدد والعضلات . أما الفرع الثاني فهو الجهاز البارسيمبثاوي وفيه تكون العقد منتشرة ، ويقع أكثرها بالقرب من الغدد والعضلات التي توصل لها الرسائل ، ولهذا السبب ينزع هذا الجهاز إلي التأثير بشكل إفرادي علي العضلات المختلفة ، علي العكس من الجهاز السيمبثاوي الذي يعمل نظراً لمركزيته في التأثير علي العضلات والغدد بشكل جماعي(**عبد الرحمن عدس،محي الدين توق،١٩٨٦، ٤١**).

أ- وظائف الجهاز العصبي السيمبثاوي *Sympathetic Nervous System*

١- توسيع حدقة العين ، ورفع الجفن العلوي مما يزيد من مجال الرؤية.

٢- تمدد الشعب الهوائية للحصول علي كميات أكبر من الهواء.

٣- زيادة معدل دقات القلب ، وضخ كمية أكبر من الدم تتناسب وحاجة الجسم.

٤- تنبيه الغدتين الكظريتين لإفراز هرمون الادرينالين اللازم لتعبئة طاقات الجسم (سامي عبد القوي ، ١٩٩٤ ، ١٢٤-١٢٥).

ب- وظائف الجهاز البارسيمبثاوي *Parasympathetic Nervous System*.

١- ضيق حدقة العين.

٢- تنبيه الغدد اللعابية لإفراز اللعاب.

٣- انقباض العضلات الملساء للشعب الهوائية مما يضيق من مجري الهواء.

٤- كف عمل القلب وقلة معدل دقاته (سامي عبد القوي ، ١٩٩٤ ، ١٢٥).

وظائف الجهاز العصبي

يقوم الجهاز العصبي بعدة وظائف يمكن توضيحها علي النحو التالي :

١- القيام بميكانزمات التوصل بين المستقبلات الحسية والاستجابة ، فالجهاز العصبي هو الذي يربط بين المنبهات الحسية والحشوية والاستجابة الحركية أو الذهنية .

٢- الربط بين الاستجابات لتحقيقها الغرض المطلوب منها . فعندما يبحث الفرد عن شيء ضائع منه في المنزل ، فإنه يقوم بمجموعة من الاستجابات لا تحدث عشوائياً ، وإنما تحدث تبعاً لنظام وترتيب معين.

٣- يعمل الجهاز العصبي علي ربط الكائن الحي بعالمه ، حيث تعتمد جميع العمليات التي تمثل الفرد بعالمه ، كاستجابات الحس والإدراك والتعلم والتفكير علي عمل الجهاز العصبي(علاء الدين كفافي ، ١٩٩٠ ، ٥٨).

الغدد الصماء *Endocrine Glands*

الغدد الصماء هي جهاز منظم يقوم بضبط وتنسيق الأنشطة المختلفة لأعضاء الجسم بالتعاون مع الجهاز العصبي ، ولها أهمية كبيرة في حياة الإنسان تتمثل في عمليات الأيض (الميتابولزم) والنمو الجسمي ، والجنسي ، والاتزان الداخلي للجسم:كسرعة ضربات القلب ، وضغط الدم ، وارتفاع مستوي السكر في الدم ، وكذلك الاتزان الانفعالي والعاطفي (خليل إبراهيم ، ٢٠٠٢ ، ١١٠-١١١).

والغدد في جسم الإنسان يمكن تقسيمها من ناحية وظيفية إلي غدد صماء حقيقية وهي الغدد التي تفرز هرمونات فقط مثل الدرقية وجارات الدرقية والكظرية والنخامية ،

وغدد صماء أخري وهي الغدد التي تفرز هرمونات بالإضافة إلي أدائها وظائف أخري مثل غدد التناسل والبنكرياس والتيموسية والصنوبرية ومن حيث مصبات الإفراز فهناك غدد قنوية وهي تصب إفرازاتها من الهرمونات عن طريق قنوات صغيرة داخل تجاويف الجسم أو علي سطح الجسم مثل الغدد اللعابية، وغدد غير قنوية وتصب هرموناتها مباشرة في الدم (مختار نور الدين ٢٠٠٤، ٩٥).

وللهرمونات التي تفرزها الغدد الصماء خصائص عدة أهمها :

١- لا تفرز بصفة مستمرة ، وإنما تفرز تحت بعض الظروف واستجابة لبعض المؤثرات.

٢- تحقق التكامل بين عمل الوظائف الجسمية والنفسية المتنوعة مثل النمو النفسي والسلوك الانفعالي.

٣- عند الوصول إلي درجة التأثير المطلوبة من الهرمون في وظيفة ما يتم إفراز الكمية الزائدة في البول أو إبطال مفعوله من خلال العضو الذي يؤثر فيه.

٤- للهرمونات تأثيرات نوعية فائقة .

٥- لا تتجاوز كميتها بضعة مليجرامات أو أقل ، ولكنها ذات تأثير كبير (محمد قاسم ، ٢٠٠٤ ، ٥٣).

ويمكن تناول هذه الغدد بشيء من التفصيل علي النحو التالي:

***الغدة النخامية** *Pituitary Gland*

توجد هذه الغدة عند قاعة المخ في أحد التجاويف العظمية في الجمجمة وتتكون الغدة النخامية من فص أمامي وفص خلفي وبينهما جزء متوسط ولكل فص إفرازاته الخاصة (علاء الدين كفافي ، ١٩٩٠ ، ٦٥).

وهي تُعتبر من أعقد الغدد وأهمها ، إذ يسميها البعض سيدة الغدد ، والسبب في ذلك أن لها تأثير علي أغلب الغدد الأخرى ، فهي تؤثر في الدرقية والتناسلية والفوق الكلوية،والبنكرياس،وربما كانت تؤثر في بقية الغدد أيضاً (عبد العزيز القوصي،١٩٧٥،٤٦).

ويعتقد البعض أن إفرازات الغدة النخامية تتم بكاملها بفعل الهيبوثلاموس ، وتختزن في الغدة النخامية لاستخدامها في الوقت المناسب والهيبوثلاموس هو أحد أجزاء الدماغ الأوسط ، ويتصل من خلال قنوات الدورة الدموية بالفص الأمامي للغدة النخامية التي تأخذ كفايتها من الدم من خلاله ومن ثم كان تأثيره الواضح عليها (عبد الستار إبراهيم ، ١٩٨٥ ، ١٠٦) .

ومن أهم الهرمونات التي يفرزها الفص الأمامي هرمون النمو المسئول عن نمو الجسم ، وهرمون رافع الضغط ، وهرمون معجل الولادة ، وهرمون إدرار اللبن أو البرولاكتين،

بالإضافة للهرمونات (**المواد الهيبوثلاموسية**) المطلقة التي يفرزها الهيبوثلاموس ويجزنها في الفص الخلفي للغدة النخامية ، وتعمل هذه المواد علي تنشيط الغدد الأخرى (**سامي عبد القوي ، ١٩٩٤ ، ١٣٩**).

وزيادة إفرازات هرمون النمو يؤدي إلي زيادة في الجسم في مرحلة الطفولة والمراهقة يؤدي إلي زيادة طول القامة إلي ما يقرب من ٢.٥ متر، وإذا نقص يؤدي إلي القزامة ، ونقص إفراز الفص الأمامي يؤدي إلي مرض سيموند ، ونقص إفراز الفص الخلفي للغدة النخامية يسبب مرضاً يصيب الأفراد في جميع الأعمار ولا يختص به جنس دون آخر، واضطراب الغدة النخامية يؤدي إلي انحراف الشخصية ، وعموماً فإن نقص إفراز الغدة النخامية يسبب الشعور بالتعب والخمول مع بعض الاكتئاب ، وأحياناً الإصابة بسلوك هستيري مع فقد الشهية(**عباس عوض ، ١٩٨٩ ، ١٥-١٧**).

***الغدة الدرقية** *Thyroid Gland*

توجد تحت الجلد في الجزء الأمامي في أسفل الرقبة أمام القصبة الهوائية عند اتصالها بالحنجرة ، ولا يحس عادة بالغدة الدرقية الطبيعية ، ولكن حجمها يزداد طبيعياً ومؤقتاً ، ويمكن حينئذ تحديدها باللمس أثناء فترات البلوغ والحيض ، والحمل ، وظيفتها تخزين عنصر اليود الذي يدخل في تكوين هرمون الثيروكسين الذي تفرزه الغدة (**عبد الرءوف ثابت ، ١٩٩٣ ، ٢٣٨**) .

وهو هرمون مركب ويتكون بإضافة اليود إلي اللبن ولعل السمك هو أغني المصادر الحيوانية التي يعتمد عليها الجسم في تكوين هذا الهرمون ، وإذا لم تكن النسبة الضرورية من اليود في غذاء الأم الحامل فإن ذلك يؤدي إلي تضخم الغدة الدرقية عند الجنين، وهكذا يولد بعض الأطفال وغددهم الدرقية متضخمة وغير قادرة علي تكوين الثيروكسين، وإذا احتوي غذاء الطفل علي اليود بعد الولادة مباشرة فإن تضخم الغدة الدرقية يزول ثم تفرز الغدة النسبة اللازمة من الثيروكسين (**ثائر أحمد وآخرون ، ٢٠٠٨ ، ٩٠-٩١**).

هذا ويتوقف نشاط الدرقية علي عدة عوامل أهمها :

أ- كمية اليود في الدم وهذا يعتمد علي نوع الأغذية التي يتناولها الإنسان.

ب- تأثرها بنشاط الغدة النخامية.

جـ- درجة الحرارة حيث أن الجو البارد ينشط الغدة.

هذا ونشاط الغدة الدرقية غير الطبيعي يؤدي إلي تضخمها والي المزيد من الأعراض الجسمية والنفسية التي تشبه إلي حد كبير **أعراض القلق :**

العرق، والتيقظ ، والاهتياج مع نشاط حركي متزايد وشعور بالخوف من شر مرتقب(**كولز ، ١٩٩٢ ، ٣١١**).

ونقصها في مرحلة الطفولة يؤدي إلي القماءة ، واتساع الرأس والرقبة والي المكسيديما في البالغين حيث يصاب الشخص بجفاف الجلد ، وقلة الشعر ونقص النشاط الجسمي ، وتباطؤ في ضربات القلب (**خليل إبراهيم ، ٢٠٠٢ ١١٩-١٢٢**).

٭الغدة جارات الدرقية *Parathyroid Gland*

وهي غدة قابعة في ثنايا الغدة الدرقية وتتكون من أربعة فصوص كل اثنين في ناحية ، وزيادة إفراز هذه الغدة يؤدي إلي أعراض جسمية ونفسية كظهور التعب الزائد والملل ، وقد يصل الأمر إلي حدوث حالة شبه إغمائية . أما انخفاض نسبة الكالسيوم في الجسم نتيجة اضطراب الغدة فإنها تحول الشخص إلي إنسان ثائر ينفعل لأتفه الأسباب. كذلك فإن استئصال هذه الغدة يؤدي إلي القلق والاكتئاب والملل ، وأحياناً أعراض ذهانية حادة يصعب تفرقتها عن الذهان الوظيفي (**عباس عوض ، ١٩٨٩ ، ٢٠-٢١**).

الغدة الكظرية *Adrenal Glands*

يحتوي الجسم علي غدتين كظريتين وليست غدة واحدة ، تقع كل منهما فوق احدي الكليتين ، ولذلك سميتا بالغدة فوق الكلوية *Suprarenal Glands* وتتكون من طبقتين الأولي القشرة ، والثانية النخاع ويطلق علي هذه الغدة الإدرينالية نسبة إلي هرمون الأدرينالين الذي تفرزه قشرتها ، ويعد هذا الهرمون مسئولاً عن تنبيه الجهاز العصبي السيبمثاوي(**سامي عبد القوي ، ١٩٩٤ ، ١٤٠**).

والجزء الداخلي(النخاع)ويفرز هرمونان هما الأدرينالين أوالابينفرين *Epinephrine* والنورادرينالين أو النورابينفرين*Norepinephrine* ويعمل الأدرينالين علي حفز وإعداد الفرد للمواقف الطارئة،بينما يعمل النوأدرينالين علي حفز الفرد وإعداده للمواقف الهجومية.

ولذلك يقال بأن الهرمون الأول مرتبط مع سلوك الخوف ، بينما الثاني يرتبط مع سلوك الغضب والعدوان ، ولكنهما يعملان معاً في التأثير علي معدل ضربات القلب ورفع درجة ضغط الدم ، وحفز الكبد لتصدير كميات متزايدة من السكر إلي الدم لتزويده بالطاقة ، وهذه الهرمونات تعمل علي توازن معقول لكمية الملح ، وعلي تزويد الجسم بكمية كافية من الطاقة اللازمة عن طريق إطلاق السكر المخزون في الكبد(**عبد الرحمن عدس ، محي الدين توق ، ١٩٨٦ ، ٢٩**).

*الغدة البنكرياسية Pancreas Gland

تقع خلف المعدة ويتراوح وزنها ما بين ٨٠- ٩٠ جرام ، ويقوم البنكرياس بإفراز العصارة الهاضمة التي تصب في الإثني عشر وبهذا يعتبر غدة قنوية ، كما أنه يقوم بإفراز هرمونين في الدم مباشرة هما الأنسولين والجلوكاجون ، وبهذا فإنه يعتبر غدة صماء ، لذا فإنه يطلق عليه غدة مشتركة أو مزدوجة ، والأنسولين يلعب دوراً هاماً في تنظيم عمليات الأيض الكربوهيدرات فهو ينظم مستوي السكر في الدم ويعمل علي خفضه إذا ما ارتفع عن الحد الطبيعي (**مختار نور، ٢٠٠٤**، ١١١).

ويؤدي نقص الأنسولين إلي الشعور بالخمول والارتعاش وسرعة التعب وقد يجعل الإنسان معرضاً إلي الإصابة بالإغماء ، أما فقدانه فيتسبب في عجز الجسم عن حرق السكر وعن اختزان الزائد منه في الكبد فيتجمع في الدم أو تقذف به الكليتين ، وتعرف هذه الحالة بمرض السكري الذي يعالج عادة بإعطاء المريض كميات من الأنسولين المحضر (**راضي الوقفي**، ٢٠٠٣، ١٩٣).

الغدة التيموسية *Thymus Gland*

الغدة التيموسية هي غدة منفردة فوق القلب وتجاه وسط الجسم ، لها قشرة ونخاع وزنها عند الولادة ١٥ جرام وعند النضج ٤٠ جرام وظيفتها غير معروفة بالتحديد ، لكنها تختفي بنهاية مرحلة الطفولة ، ومن ثم تبدأ في الضمور ، ويسود الاعتقاد أنها تفرز هرموناً يساعد علي النمو، وله علاقة بالمناعة الذاتية ضد أي جسم خارجي (مختار نور ، ٢٠٠٤، ٧٤).

*الغدة الصنوبرية *Pineal Gland*

وهي غدة صغيرة الحجم جداً تشبه حبة الصنوبر وتقع في سقف الجزء الخلفي للدماغ علي شكل نتوء صغير جداً بين نصفي المخ ويطلق عليها الجسم الصنوبري أيضاً ، وأن نشاطها الفسيولوجي غير معروف بشكل دقيق حتى الآن إلا أن التجارب العلمية تشير إلي استئصال هذه الغدة يؤدي إلي بلوغ الحيوان الصغير بشكل مبكر مما يعتقد أنها تنظم النمو العقلي والجنسي (**خليل إبراهيم ، ٢٠٠٢** ، ١١٠-١٣٣).

والغدة الصنوبرية تفرز هرمون الميلاتونين *Melatonine* الذي يساعد في تنظيم مستويات النشاط خلال اليوم ، فمستويات الضوء المتزايدة في الصباح تحفز الغدة فتقل كمية إفرازها للهرمون ونتيجة لذلك ترتفع حرارة الجسم وينشط الكائن فيستيقظ ويستعد ليوم جديد ، ومع نهاية اليوم حيث تتناقص كميات الضياء تبدأ الغدة في إنتاج كميات أكبر من الميلاتونين الذي يخفض بدوره حرارة الجسم ، ويقلل من نشاطه استعداداً للنوم ، ويفترض البعض أن الذين يعانون من اضطرابات انفعالية موسمية

كالاكتئاب في شهور الشتاء المعتمة قد يكون سببها زيادة في إفراز هذا الهرمون (راضي الوقفي، ٢٠٠٣، ١٩٣).

الغدد الجنسية *Gonads*

تتكون الغدد الجنسية من الخصي(**الذكور**) والمبايض(**الإناث**)، ووظيفة الغدد الجنسية بشكل عام إنتاج الخلايا التناسلية، وإفراز هرمونات جنسية تؤدي إلي التمايز الجنسي.بين الذكر والأنثى، وهو ما يسمي بالصفات الثانوية المتعلقة بالمظهر والسلوك والخصائص النفسية والجنسية بين الجنسين(**خليل إبراهيم ٢٠٠٢، ١٣٢**).

النظريات الغذائية

تلعب النظريات الغذائية دوراً مهماً في الإصابة بالاضطرابات النفسية علي النحو التالي:

أ- إن النقص المستمر لبروتين *Kwashiorkor* وكذلك نقص *Marasmus* أصبح معروفاً بأنه يسبب تلفاً في الجهاز العصبي المركزي، لا يمكن في الغالب إصلاحه.

ب- يستهلك المخ حوالي (**٢٥%**)من سكر الجلوكوز الموجود في الدم وحين يكون مستوي هذا السكر منخفضاً في الدم فإن الفرد يصاب بالصداع والتشوش، والتعب، والغثيان.

جـ- يؤدي النقص في عدد من الفيتامينات إلي ظهور أعراض معينة تشمل مشكلات نفسية وعصبية حادة أو معتدلة (**قاسم حسين، ٢٠٠٨، ٤٤**).

٢- الأسباب النفسية

الإحباط *Frustration*

الإحباط من المفاهيم الأساسية التي يتوارد ذكرها في الكتابات التي تتناول الصحة النفسية،أو تلك التي تتناول تفسير النشاط النفسي للأفراد(**عبد السلام عبد الغفار،٢٠٠٧،٩٠**).

ويعرف الإحباط بأنه عملية تتضمن إدراك الفرد لعائق ما يعيق إشباع حاجة له، أو توقع حدوث هذا العائق في المستقبل، مع تعرض الفرد من جراء ذلك لنوع من أنواع التهديد(**نعيم الرفاعي، ١٩٨٧، ١٦٩**).

والفشل في الوصول إلي الهدف المستهدف أو المرغوب يشير إلي أن الفرد فشل في استخدام الاستجابة المناسبة من قائمة أنماط السلوك، أو أنه لا يمتلك الاستجابة المناسبة من مستودع عاداته في ضوء خبراته السابقة، ولكي يتغلب علي حالة الإحباط فينبغي أن يكون قادر علي تغيير أو تنويع تفسيراته للمشكلة ويخبر بعض الأفراد صعوبات في التحول من الأنماط غير الناجحة في استجاباتهم فهم يكررون بجمود نفس الاستجابات غير المناسبة *(Thompson et al ., 1959 , 54-55)*.

ويختلف الأفراد بعضهم البعض في قدرتهم علي تحمل الإحباط ، حيث يعتمد هذا علي مجموعة من الظروف وعلي قدرة الأفراد ، فبعض الأفراد يتعاملون جيداً مع الإحباط ، بينما يخبر البعض الأخر صعوبة في احتمال الإحباط حتى ولو كان بسيطاً *(Davidoff , 1980, 422; Kagan & Haveman , 1991 , 343)*

يمكن تفسير اختلاف الأفراد في تحمل الإحباط في ضوء العوامل التالية:

١- أهمية الهدف بالنسبة إلي الفرد : فالإخفاق في تحقيق هدف وثيق الصلة بحاجة حقيقية للفرد أشد وقعاً مما لو كان هامشياً.

٢- تصور الفرد للعوامل المسببة للإحباط: إذ يختلف الموقف الإحباطي الذي يشعر الفرد أنه نتيجة لقوي خارجية عن الموقف الذي يشعر فيه أنه نتيجة لتصرفاته الشخصية أو صراعاته الداخلية.

٣- العوامل الشخصية : تختلف قدرة الأفراد علي تحمل الإحباط تبعاً للظروف المختلفة. فقدرة الفرد علي تحمل الإحباط في حالة التعب أضعف منها في حالة الراحة (**ثامر أحمد وآخرون ، ٢٠٠٨ ، ٣٤٩**).

٤- استمرار حالة الإحباط مدة طويلة، أو تراكم مواقف إحباط محتملة حتى تتحول إلي حادة فيحدث انفجار أو مواجهة عدة مواقف محبطة في آن واحد، ومن هذه العوامل أيضاً ارتباط الموقف بدافع قوي ، فقوة الدوافع المحبطة تزيد من تأثير الإحباط في الضغط النفسي وبخاصة تلك الدوافع المهددة للبقاء أو لاحترام الفرد ذاته وتقديرها(**انتصار يونس ، ١٩٨٥ ، ٣٤٠**) .

والإحباط عندما يوجد إنما يوجد بدرجات مختلفة ، فهناك إحباط بسيط يتمثل في إعاقة حاجة وقتية ، وهناك إحباط صعب يتمثل في إعاقة تحقيق هدف معين في الحياة بعد العمل لتحقيقه مدة طويلة من حياة الفرد . فالطالب الذي يريد الوصول إلي قاعة الامتحان في الوقت المحدد ، ولكنه لا يتمكن من ذلك نظراً لتعطل السيارة التي تقله ، يمر بوضع إحباطي بسيط بالمقارنة مع طالب سعي لسنوات طويلة ، وعمل جاداً لتحصيل علامات عالية لتأهيله لكلية الطب ولكنه لم يحصل إلا علي علامات متواضعة(**عبد الرحمن عدس ، نايفة قطامي ، ٢٠٠٢ ٢٥٩**).

ويؤثر الإحباط علي الحياة النفسية للفرد تأثيراً مدمراً ، ويفقد الفرد زمام أمره فلا يستطيع أن يستخدم الوسائل الشعورية في استعاده اتزانه النفسي . ولا مفر في هذه

الأحوال من مواجهة الإحباطات القاسية عن طريق المرض النفسي أو الأحلام أو الوسائل الدفاعية اللاشعورية التي لا حيلة فيها لصاحبها (**صموئيل مغاريوس**، ١٩٧٤ ، ٦٢).

أنواع الإحباط ومصادره

١- الإحباط الأولي والإحباط الثانوي :

الإحباط الأولي *Primary Frustration* هو الحالة التي يمر بها الفرد عندما يلح عليه دافع ما أو حاجة ما ، ولكن موضوعه أو غرضه (**الشيء الذي يشبعه**) غير موجود أساساً.

أما الإحباط الثانوي *Secondary Frustration* فهو الحالة التي يمر بها الفرد عندما يلح عليه دافع ما ، ويكون غرضه وموضوعة موجود ، ولكن هناك عائق يمنعه من بلوغه.

عوامل شخصية (داخلية المصدر)

تتمثل في الأهداف التي يجد الفرد صعوبات في انجازها والتي تمثل مصدراً هاماً للإحباط ، ويرجع ذلك إلي أن إمكانات الفرد لا تفي بتحقيقها علي سبيل المثال فالطفل من الممكن أن يكون طموحة مرتفع في المجال الأكاديمي لكن إمكاناته لا تمكنه من الانجاز إلا عند مستوي متوسط *(Morgan et al., 1986, 300)*.

وتتضمن كذلك العجز الجسمي لدي الفرد والأمراض التي يعاني منها ومدي تأثيرها علي الفرد ، واستعداداته العقلية والمعرفية ، وسماته الانفعالية المعوقة وإدراك الفرد لحاجاته ودوافعه ، وقدرته علي مواجه المواقف الاحباطية.

عوامل بيئية (خارجية المصدر)

وتتمثل في الصعوبات التي يواجهها الفرد أثناء سعيه للحصول علي هدفه. وهذه العوامل منها ما هو غير محتمل كالكوارث التي تتمثل في المجاعات وانتشار الأوبئة ، وحدوث الفياضنات المدمرة أو موت شخص عزيز جداً ، أو عائل الفرد أو إجبار طالب علي الالتحاق بمعهد لا يرغب فيه،ولا يميل إليه أو تحدي القوانين والتعرض للعقاب أو الخروج عن العرف والتقاليد مما يؤدي إلي الرفض أو النبذ الاجتماعي ، وحرمان الفرد من إشباع حاجته للانتماء ومنها ما يسبب إحباطات محتملة مثل تعطل وسائل المواصلات أو شخص يستعلي عليك (عباس عوض ، ١٩٧٧ ، ٧٠).

الوقاية من الإحباط

١- تنمية السمات المزاجية الانفعالية التي تساعد النشء علي مواجهة الصراعات والإحباطات كالثبات الانفعالي والمثابرة.

٢- تجنب استخدام الأساليب اللاسوية في تنشئة الأبناء سواء من قبل الوالدين أو المعلمين كالتفرقة في المعاملة والتدليل والحماية الزائدة.

٣- تنمية الوازع الديني.

٤- تنمية التفكير العلمي لدي النشء مما يُعينهم علي حل المشكلات.

٥- حث الطفل علي الاستقلالية واتخاذ قراراته بنفسه.

٦- مساعدة النشء علي إنماء مفهوم واقعي عن الذات(عبد المطلب القريطي١٩٩٨، ١٠٣-١٠٤).

الإحباط والصحة النفسية

قد يكون الإحباط مفيداً للصحة النفسية، وقد يكون ضاراً بها وذلك تبعاً لشدته وعدد مرات حدوثه ، فإذا كان الإحباط خفيفاً وقليلاً ، فقد يكون مفيداً وذلك لأنه يسهم في زيادة الجهد والمثابرة من أجل إزالة العائق ، ومن ثم تحقيق الهدف أو تعديله ، وهو بهذا يساعد الفرد في تنمية قدراته ومهاراته ، ويشجعه علي اكتساب خبرات جديدة ، وتحسين استجاباته وتكيفه ، مما يزيد من الثقة بالنفس . أما إذا كان الإحباط شديداً ومتكرراً ، فإنه قد يضر بالصحة النفسية للفرد ، ولاسيما في مرحلة الطفولة ، وفي حالة كون الأهداف ضرورية لنمو الفرد نفسياً وجسمياً ، لقد وجد أن كثيراً من الأطفال الذين تعرضوا للقسوة والحرمان الشديد والنبذ من والديهم عانوا من بعض المشكلات النفسية (ثامر أحمد وآخرون ٢٠٠٨، ٣٥٤-٣٥٥).

النماذج المفسرة للإحباط

فرضية الإحباط- العدوان Frustration- Aggression Hypothesis

في عام ١٩٣٩ قام كل من دولارد ودوب وميللر ومورو وسيرز *(Dollard , Doob , Mowrer &Sears, 1939)* , وهم من علماء النفس الذين اهتموا بالجوانب الاجتماعية في السلوك الإنساني بوضع فرضية تفسر السلوك العدواني وقد حددوا الإحباط علي أنه:

" **حالة توجد عندما تقابل الاستجابة للهدف بعائق** " واقترحت نتائج دراساتهم أن كل أشكال العدوان يسبقها الإحباط ، والإحباط دائماً يؤدي إلي بعض أشكال السلوك العدواني ، والعدوان المستحث من خلال الإحباط من الممكن ألا يكون موجهاً نحو المصدر المباشر للإحباط ولكن بدلاً من ذلك يكون مزاح ضد هدف بديل*(Samuel , 1981, 330-332)* .

فالطفل المحبط من والده ولا يستطيع التعبير عن غضبه ضده قد يسرب بعضاً من هذا الغضب في الاعتداء علي أخيه الأصغر ، وإذا لم يتمكن الشخص من توجيه عدوانه نحو الخارج إلي مصدر الإحباط الأصلي أو علي شكل إبدال فقد يوجهه نحو الذات أو إلي الداخل ، ويبدو علي شكل لوم النفس أو الندم أو إيذاء الذات (عز الدين جميل ، ٢٠٠٣ ، ١٧٦).

ويُعد كف السلوك العدواني في المواقف الإحباطية بمثابة إحباط آخر ويؤدي ذلك إلي ازدياد ميل الفرد للسلوك العدواني ضد مصدر الإحباط الأساسي وكذلك ضد عوامل

الكف التي تحول دونه والسلوك العدواني ، ويؤدي هذا إلي تنوع السلوك العدواني وتنوع الموضوعات التي يوجه إليها السلوك العدواني (عز الدين جميل ، ٢٠٠٣ ، ١٧٥).

والإحباط عبارة عن استثارة انفعالية غير سارة تمثل وضعاً مزعجاً للفرد كما أن هذه الاستثارة يمكن أن تستدعي من الفرد عدة استجابات ، من بينها العدوان ، اعتماداً علي نوع الاستجابات التي تعلمها الفرد في تعامله مع مواقف الضغط مشابهة للوضع الراهن ، إن هذه الاستجابات يمكن أن تكون طلب المساعدة من الآخرين أو الانسحاب من الموقف ، أو محاولة حل المشكلة وتخطيطها أو اللجوء إلي الكحول والمخدرات أو استخدام ميكانزمات الدفاع الأساسية(عبد الرحمن عدس، نايفة القطامي ، ٢٠٠٢ ، ١٤٧).

ومن الشائع أن نلاحظ أن الإحباط لا يؤدي دائماً إلي العدوان مباشرة فأي إشارة دالة علي العدوان تكون غالباً متبوعة بشكل ما من العقاب الذي يميل إلي كبح هذا العداء والسلوك التدميري *(Thompson et al ., 1959 , 57)*.

فرض الإحباط- النكوص

يرجع هذا الفرض إلي فرويد الذي أشار إلي مفهوم التثبيت إذا ما أعيق تطور الطاقة الليبيديه . والفرد الذي يعاق تطور طاقته الليبيديه ، ويحدث تثبيت لطاقته يكون عرضه لنكوص هذه الطاقة عندما يواجه الإحباط ، وبالطبع كلما كان الإحباط شديداً كان احتمال حدوث النكوص أكبر ، ويحدث النكوص إلي نفس المرحلة من النمو التي حدث فيها التثبيت . وهذا يعني أن أصحاب الفرض الحالي اعتمدوا علي أفكار سابقة لفرويد ، ولكن فضلهم كان الصياغة العلمية المحددة القابلة للدراسة ، كما فعل أصحاب نظرية الإحباط- العدوان ، والنكوص الذي يفترض توقع صدوره ممن في سنه ، ولكنه يسلك سلوكاً يتناسب مع مرحلة عمرية سابقة علي سنه.

ويفترض المؤلفون أن الفرد عندما يتعرض لموقف إحباطي فإن الاستجابات التي تصدر عنه في هذا الموقف يمكن وصفها بأنها استجابات نكوصية(علاء الدين كفافي،٣٢٧،١٩٩٠).

الصراع *Conflict*

إن الإنسان يتضمن في شخصيته صفات الحيوان المتمثلة في الحاجات البدنية التي يجب إشباعها من أجل حفظ الذات وبقاء النوع ، كما يتضمن أيضاً صفات الملائكة المتمثلة في تشوقه الروحي إلي معرفة الله سبحانه وتعالي والإيمان به وعبادته وتسبيحه . وقد يحدث بين هذين الجانبين من شخصية الإنسان صراع فتجذبه أحياناً حاجاته

وشهواته البدنية . وتجذبه أحياناً أخري حاجاته وأشواقه الروحية ، ويشعر الإنسان بالصراع في نفسه بين هذين الجانبين من شخصيته (**محمد نجاتي** ، ٢٠٠١ ، ٢٢٧).

ويشير القرآن إلي حالة الصراع النفسي بين هذين الجانبين المادي والروحي في الإنسان في قوله تعالي:

(وَأَمَّا مَنْ خَافَ مَقَامَ رَبِّهِۦ وَنَهَى ٱلنَّفْسَ عَنِ ٱلْهَوَىٰ ۝ فَإِنَّ ٱلْجَنَّةَ هِىَ ٱلْمَأْوَىٰ ۝ يَسْـَٔلُونَكَ عَنِ ٱلسَّاعَةِ أَيَّانَ مُرْسَىٰهَا ۝ فِيمَ أَنتَ مِن ذِكْرَىٰهَآ ۝ إِلَىٰ رَبِّكَ مُنتَهَىٰهَآ ۝ إِنَّمَآ أَنتَ مُنذِرُ مَن يَخْشَىٰهَا ۝ كَأَنَّهُمْ يَوْمَ يَرَوْنَهَا لَمْ يَلْبَثُوٓا۟ إِلَّا عَشِيَّةً أَوْ ضُحَىٰهَا) (النازعات من ٤٠: ٤٦)

لا ينجو أحد من الصراعات ، إنها القدر العادي لكل فرد معقد، ولكنها قد تحرك بعض الأفراد نحو انجازات من الدرجة الأولي ، بينما تلقي بآخرين في أعماق يأس مطبق ، وتنشأ الصراعات غالباً مرتبطة ببعض الدوافع أكثر من ارتباطها بغيرها ، والصراعات عبارة عن ضروب متنوعة من أساليب التوافق مع المكانة الاجتماعية ، والمهنة ، والحياة الجنسية ، والعوامل المتنازعة في الصراعات توجد عادة بين الدوافع التالية : دافع الهرب ، الرغبة في الحب الرغبة في رضا الآخرين ، الرغبة في السيطرة ، الرغبة في الجنس(حلمي المليجي ، ب ت ، ١٢٣).

إن الصراع يتولد أيضاً إذا اختلفت طرق إشباع الدافع الواحد . ولذا فإنه ينظر إلي الصراع علي أنه الوضع الناجم عن إثارة دافعين أو حافزين معاً وبنفس الوقت بحيث لا يمكن أن يتعايشا معاً أو يشبعا معاً ، وهذا الوضع يؤدي في العادة إلي مشاعر غير سارة تجعل الفرد يشعر بأنه متردد وغير متأكد من الأمور وأنه متوتر ومضطرب وممزق بين شيئين(**عبد الرحمن عدس** ، **نايفة قطامي** ، ٢٠٠٢ ، ٢٦٢).

إن المواقف الصراعية التي يتعرض لها الإنسان تتكون من مجال تتجاذب قواه سلوك الفرد أو تدفعه عنها ، والواقع أن أي موضوع يواجه الفرد في مواقفه تكون له قوة جذب أو قوة طرد معينة نطلق عليها لفظ الانتحاء أو الميل *Valence* فالموضوع ذو القوة الجاذبية تسميه موضوع ذا انتحاء موجب، ويكون الموضوع ذو القوة الطاردة موضوعاً ذا انتحاء سالب (**أحمد فائق** ، **محمود عبد القادر** ١٩٨٠، ٣٨٩-٣٩٠).

أنواع الصراع

تصنف الصراعات إلي صراع داخلي ، وصراع خارجي تبعاً لطبيعة الاختيارات أو البدائل المتضمنة ، الصراع الداخلي هدف يكمن داخل الفرد فالفرد الذي نشأ لوالدين متزمتين دينياً علي سبيل المثال من الممكن أن يشعر أنه في حالة صراع بين الرغبات الجنسية القوية والقيم الأخلاقية المتشددة. والصراع الخارجي ينشأ عندما تكون البدائل أو الاختيارات المتنافرة تكمن خارج الفرد في الصراع ، ففي احدي الليالي قد تجد من الصعوبة الاختيار بين نشاطين والعديد من الصراعات تتضمن كلا النوعين الداخلي والخارجي *(Davidoff , 1980, 448)* وصراع بين الحاجات الداخلية والمطالب الخارجية، ويحدث عندما تتعارض دوافع الفرد أو حاجاته الداخلية مع دوافع تثار مباشرة بمطالب خارجية في محيط الفرد(**ثامر أحمد وآخرون ، ٢٠٠٨ ، ٣٦٧**).

كما يمكن أن نصنف الصراعات تبعاً للأداء أو التصرف المتضمن في حلها علي النحو التالي:

صراع إقدام- إقدام *Approach –Approach Conflict*

يقصد به الصراع الناتج عن محاولة الاختيار بين هدفين كلاهما له جاذبية ايجابية . والصراع في هذه الحالة لا يستمر مدة طويلة بل ينتهي بأن يقرر الفرد اختيار أحدهما ، وهو يختار عادة الهدف الأقرب مثالاً ، وإذا طال الصراع فإن هذا يعني وجود خبرة سابقة ذات آثار سلبية تدعو إلي التردد(**سعد جلال، ١٩٨٥ ، ٤٩٨**).

فمثلاً هناك شاب مرشح له عروستان ابنه عمه وابنه عمته ، ولهما صفات مشتركة تجعل تفضيل أحداهما عن الأخرى ضرب من المحال ، أو الاختيار بين مشروبين محبوبين (**عباس عوض ، ١٩٧٧ ، ٧٣**) .

والفرد من الممكن أن **يختار بين** شراء سيارة أو الذهاب للخارج،أو حضور حفل أو الذهاب إلي السينما،أو عندما يشعر الشخص بالجوع والحاجة إلي النوم في نفس الوقت. وهذا النوع من الصراع يكون [illegible] فيه إلي حل ويولد القليل من السلوك الانفعالي.

صراع إحجام – إحجام *Avoidance –Avoidance Conflict*

ويقصد به الصراع الناتج عن محاولة الاختيار بين هدفين كلاهما له جاذبية سلبية، مثل الجندي الذي علي وشك دخول المعركة وهو يخاف من الموت وفي نفس الوقت يخشي من الرجوع ، وعدم الذهاب إلي القتال لأنه سوف يحاكم. وهذا النوع من الصراع يكون صعب ليجد الفرد حل له ، فهو يتردد بين بديلين كلاهما سيء*(Davidoff , 1980, 448)*

ويحدث هنا حالة من التذبذب لأن قوة الهدف تزداد كلما اقترب الفرد منه ، فعندما يقترب الفرد من احدي الأهداف السلبية فإن الفرد يجدها تزداد تنفيراً وبالتالي يتقهقر أو يتراجع أو ينسحب بعيداً عنها ، وعندما يكون الفرد قريباً جداً من الهدف السلبي الآخر ، ويجده منفر وغير محتمل ، فإن الفرد يجد صعوبة في الاختيار بين الأول والثاني. وقد يبدو من الوجهة النظرية فض حالة الصراع من خلال ترك موقف الصراع ، والابتعاد عنه ولكن من الوجهة العملية فإن حدوث ذلك يُعد أمراً صعباً بسبب ما ينتظر الفرد من مشاكل *(Morgan et al ., 1986 , 301)*

صراع إقدام – إحجام *Approach –Avoidance Conflict*

يمثل هذا النوع من الصراع مزيجاً من السعادة والألم . فهو صراع الرغبة والرهبة أو الاقتراب والاجتناب ، وينشأ عن وجود موقف له جانبان أحدهما جذاب والأخر منفر (**حامد زهران ، ٢٠٠٥ ، ١١٧**).

وهذا النوع من الصراع يكون صعب الحل ففي الوقت الذي يقترب الفرد من الهدف المرغوب فإن الهدف الآخر السلبي يكون أقوي. وأثناء الاقتراب من الهدف فإن جوانبه المنفرة تصبح أقوي من جوانبه الايجابية فالشخص سوف يتوقف قبل الوصول إلي الهدف بسبب أن الهدف لا يمكن الوصول إليه والفرد يصبح محبطاً *(Morgan et al ., 1986 , 303)* مثال علي ذلك الرغبة في تناول الأطعمة الدسمة الشهية والخوف من السمنة وأخطارها ، فهناك الصراع الذي يتعين فيه علي الفرد أن يضحي بالهدف الأول إذا حقق الهدف الثاني أو إذا حقق الهدف الأول عليه أن يضحي أو يلغي الهدف الثاني ، وقد يكون الإنسان في موقف فيه نفس الهدف الواحد له جاذبية سلبية وأخري ايجابية (**عبد الرحمن العيسوي ، ٢٠٠٤ ، ١١٧**).

صراع إقدام- إحجام مزدوج *Double Approach –Avoidance Conflict*

في هذا الموقف يجد الفرد نفسه أمام خيارين كل منهما به إيجابياته وسلبياته ، وعندما يتأملهما للوهلة الأولي يجدهما متساويين في الايجابيات والسلبيات . ومطلوب منه أن يختار أحدهما مثال ذلك حالة الطالب الذي يرن في بيته جرس التليفون فيرفعه ليستمع إلي صوت أحد زملائه يدعوه لحضور حفلة وفي نفس الوقت يكون هو منكباً علي دراسته استعداداً لامتحانات نهاية الفصل فإن استمر في الدراسة سيكون أكثر استعداداً للامتحان ونجاحه مؤكد ولكنه يخسر لقاء أصدقائه ، وقضاء وقت مرح ، أما إذا لبي الدعوة فإنه سيلتقي بمن يحب من الأصدقاء ويلهو معهم ، وفي نفس الوقت تضيع عليه فرصة الامتحان (**محمد عودة ، كمال مرسي ، ١٩٩٤ ، ٣٦**).

أثار الصراع

١- الشعور بالتعب والإعياء ، والانطواء علي الذات.

٢- التهيج والإثارة الزائدة ، واضطراب التفكير ، وعدم القدرة علي اتخاذ القرارات.

٣- إزمان الصراع يخلق اضطرابات عضوية ، ويضعف جهاز المناعة.

٤- يرافق الصراع حالة من التوتر ، والقلق تستثير الجهاز العصبي السيمبثاوي محدثة أعراضاً عضوية متنوعة(**محمد قاسم ، ٢٠٠٤ ،١٤٠**).

النظريات المفسرة للصراع

*نظرية التحليل النفسي

كان فرويد أول من نبه إلي أهمية الصراع ، فقد أشار إلي أن الهو *ID* يُعتبر أكثر الجوانب بدائية ، وهو يتطلب الإشباع المباشر للطعام ، والشراب ، والإخراج وهو مستثار جنسياً ، والطاقة الجنسية يطلق عليها الليبدو *Libido* وهي تعمل تبعاً لمبدأ اللذة ، وهي تتطلب الإشباع السافر بغض النظر عن القواعد والأخلاق السائدة ، والهو في الواقع يتم كبح جماحه من خلال الأنا *Ego* الذي يتكون من طرق مفصلة للتصرف والتفكير الذي يشكل الأداء التنفيذي أو الوظيفي للشخص *(Morgan et al ., 1986 , 577)*

وتشتق الأنا مع نمو الأطفال ، وطبقاً لفرويد من خلال التفاعلات اليومية مع البيئة ، وتعمل تبعاً لمبدأ الواقع*(Davidoff , 1980, 422)* وهي تسمح للهو أن يشبع رغباته ولكن في ضوء المعايير الاجتماعية ، ولكن الأنا الأعلى *Superego* تعمل في ضوء ما يتم تعلمه من قبل الوالدين والمؤسسات الأخرى ، وعلي هذا قد يحدث الصراع بين الهو والأنا حيث تحاول الأنا منع الهو من التعبير عن ذاته بشكل غير مقبول ، ولكن قد تعجز وحدها فتهب الأنا الأعلى لمساندتها ، وقد يحدث الصدام بين الهو والأنا الأعلى مباشرة ، حيث يدل ذلك علي فشل الأنا في إحداث التوازن ، وعدم قدرة الأنا علي إحداث هذا التوازن يتيح فرص متصارعة لكل من الهو والأنا الأعلى*(Morgan et al ., 1986 , 578)* .

النظرية السلوكية

يذهب دولار وميللر إلي أن الصراع الانفعالي الشديد هو الأساس الضروري للسلوك العصابي ، ودراسة الصراع في علم النفس التجريبي قد ارتبطت بشكل وثيق باسم ميللر وبالنظر إلي أن تحليله لديناميات الصراع هو أساسي لفهم السلوك العصابي ، فقد وجدت أنواع الصراع في نظام ميللر : من صراع الإقدام ، والإحجام والإقدام والإحجام ، صراع الإقدام والإحجام المزدوج(**صالح حسن ، ٢٠٠٨ ، ٦٠**).

ويلخص ميلر *Miller , 1971* هذه المواقف علي النحو التالي :

١- يسهل الوصول إلي حل سريع في حالة الإقدام المزدوج دون تردد واضح.

٢- تتميز مواقف الإحجام المزدوج برغبة الفرد في الوصول إلي حل جزئي(مساومة) بعد تردد واضح.

٣- أما في مواقف الإحجام – الإقدام فسوف يقدم الفرد نحو الهدف وسوف يقف الفرد عاجزاً عن القيام بأي شيء حتى يتدخل عامل جديد ينهي الموقف.

٤- في جميع المواقف السابقة لا يحدث صراع في حالة عدم تساوي القوتين وعدم تقاطع مرتبتهما (**عبد السلام عبد الغفار ، ٢٠٠٧ ، ٨٦ -٨٧**).

والنزوع إلي الاقتراب نحو الهدف تصبح أكثر قوة كلما كان الفرد أكثر قرباً ويطلق علي ذلك مدرج الإقدام ، وأن الميل إلي تحاشي المثيرات السلبية يصبح أقوي كلما ازداد الفرد قرباً من المثير ويطلق علي ذلك مدرج الإحجام ، ومدرج الإحجام أكثر حدة في انحداره من مدرج الإقدام ويتضمن ذلك أن المعدل الذي تتزايد به نزعات الإحجام بالاقتراب من الهدف أكبر من المعدل الذي تتزايد به نزعات الإقدام في نفس الظروف ، إن زيادة الباعث المرتبطة بالإقدام أو الإحجام سوف ترفع من المستوي العام للمدرج ، أنه حينما توجد استجابتان متعارضتان فإن التي هي أقوي تحدث (**هول ، لندزي ، ١٩٧١ ، ٥٧٣**).

أصحاب الاتجاه الإنساني

يري أصحاب الاتجاه الإنساني أن الصراع النفسي ينشأ عند الفرد ، عندما يصطدم بعوائق تحد من تحقيق إنسانيته ، فإذا كانت الاتجاهات السابقة ونعني بها (**فرويد والتحليل النفسي والسلوكية**) قد حددت قضايا الدوافع والصراع علي أساس الإشباع الغريزي ، وتشكيل بعض المواقف التجريبية التي تعتمد علي مجموعة من المثيرات والاستجابات فإن الاتجاه الإنساني يتصور هذه المحاولات ولا ينكرها ، حيث استطاعت أن تمدنا بكثير من المعلومات والمعارف عن الإنسان ، إلا أنها لم تنجح في أن تعرفنا الإنسان في جملته ، أو هي لم تنجح في أن تكشف لنا عن الإنسان ذلك الموجود الحر (**سيد صبحي، ٢٠٠٣ ، ٥٣**).

الصراع والصحة النفسية

الشعور بالصراع أمر عادي يتعرض له كل إنسان من آن إلي آخر في حياته اليومية، لذا كانت القدرة علي تحمل الصراع ، والقدرة علي حله من علامات الصحة النفسية . فالشخص المتمتع بالصحة النفسية قادر علي تحمل الصراع في الوقت المناسب بأساليب توافقية بناءة ، لكن ليس كل شعور بالصراع محمود فاستمرار الصراع وفشل

الشخص في حله ، يؤدي إلي التوتر الشديد ، والقلق الزائد والحيل النفسية الدفاعية ، وقد تنشأ بعض الأعراض العصابية والسيكوسوماتية حيث يعتبر الصراع عاملاً معجلاً لظهور العصاب والذهان والانحرافات السلوكية(**محمد عودة، كمال مرسي،١٩٩٤ ، ١٣٩**).

العلاقة بين الصراع والإحباط

يعتبر الصراع والإحباط من أكثر الخبرات الحياتية غير السارة ، فهما يولدان قدراً كبيراً من القلق والانفعالات الأخرى غير المقبولة ، والأفراد بطرق مختلفة يحاولون التغلب علي مصادر الصراع والإحباط *(Kagan & Haveman , 1991 , 349)* .

كما أن الحياة سلسلة من الإشباع والإحباطات ، فإنها أيضاً سلسلة من مواقف الصراع ينجح الفرد أحياناً في فضه بطرية ناجحة ، ويفشل في أحيان أخري . ويهرب من مواجهته في أحيان ثالثة . ويعتبر البعض أن الإحباط عندما يكون بسبب مصدر خارجي فهو حرمان، أما الإحباط الذي يتسبب عن مصادر داخلية فهو صراع . فالصراع طبقاً لذلك هو الإحباط عندما يكون داخلياً لأنه يحدث بناء علي تعارض بين أحد الدوافع ودافع آخر ، والعلاقة بين الصراع والإحباط علاقة تبادلية (**علاء الدين كفافي ، ١٩٩٠ ، ١٧٨-١٧٩**).

ويعتبر الصراع أحد أهم مصادر الإحباط فعندما يوجد صراع بين إشباع دافعين أو حاجتين فإن إشباع أحدهما يؤدي إلي إحباط الأخر(**عبد الرحمن عدس نايفة قطامي ، ٢٠٠٢ ، ٢٦٢**).

الصدمات النفسية

إن الإنسان جسم ونفس ويؤثر كل جانب في الجانب الأخر ، فالإعاقات الجسدية والعقلية علي سبيل المثال تؤثر في حدوث اضطرابات سلوكية لدي الفرد وكذلك فإن المشكلات النفسية قد تُقعد الفرد عن النشاطات المختلفة كممارسة الرياضة أو الجنس أو غيرها ، وقد تؤدي إلي نحول الجسم وضعفه وتدهور حالته. إن حالات شعور الفرد بالخيانة الزوجية أو بفقدان صديق عزيز أو الحصول علي ابن غير شرعي أو تعرضه لحادث سير مروع أو غيرها تترك أثراً كبيراً في حياة الإنسان السلوكية والاجتماعية والنفسية وغيرها فالناس يتعرضون إلي تجارب وصدمات تمزق مشاعر الأمن لديهم ، وتؤدي إلي عدم شعورهم بالكفاية واللياقة وتدفعهم إلي الشذوذ حيث تترك هذه الصدمات جروحاً من الصعب علاجها (**سعيد حسني ، ٢٠٠٢-ب ، ٢٧**).

الإحباط والصراع وذوي الاحتياجات الخاصة

يعاني ذوي الاحتياجات الخاصة من الشعور المتزايد بالإحباط ، والقلق وزيادة حدة الصراع داخل مكونات جهازهم النفسي ، وتدني التحصيل ويزداد الإحباط لدي

الأطفال المعوقين بعد الميلاد ، يعزي ذلك إلي إصابتهم بالإعاقة والصدمات التي يتعرضون لها بعد الميلاد *(Patricia, 1959)*.

نظراً لأن مصادر الضغوط تشيع في المؤسسات والمعاهد التي يتلقي فيها المتخلفون عقلياً التعليم أو الرعاية فإن هناك قدر ضئيل من الخصوصية ، ونقص في تلبية الحاجات الخاصة بالرعاية الشخصية . وقد أوضحت دراسة عن إحباط حافز الجوع (**عند طريق تحديد الوجبة**) اتضح زيادة العدوان لدي الحالات المقيمة في المعاهد ، كذلك عجز هؤلاء الأفراد عن التعبير عن حاجتهم للاتصال مع الآخرين باعتبار أن هذا العجز مصدر الإحباط لدي المتخلفين عقلياً .والإحباط يحتاج إلي مستوي معين من الذكاء حتى يفهم الفرد أنه قد أخفق أو أن هناك أهدافاً مرغوبة وإن كانت غير ملحوظة(**محمد محروس ، ١٩٩٧ ، ٣٢٨-٣٢٩**).

ويعاني الأطفال المعوقين سمعياً من درجات مرتفعة من الإحباط *(Hahn, 1951)* فالأطفال الصم يفتقدون إلي الاتصال اللفظي كما نجده لدي العاديين ، كما أنهم محرومين من اللعب اللفظي ، ومن دفء الاتصالات الاجتماعية مع الراشدين في بيئتهم ، كما أنهم يعانون من الحرمان الحسي ، والكثير من المشكلات الانفعالية تعترض حياتهم.

ويشير (**عبد المطلب القريطي ، ٢٠٠١ ، ٣٩١**) إلي أن المعوقين بصرياً يغلب أن يسيطر عليهم الصراع ، والإحساس بالفشل والإحباط (عبد المطلب القريطي ، **٢٠٠١ ، ٣٩١**) ربما يعزي هذا إلي الاتجاهات السلبية من قبل المحيطين بهم *(Somers, 1994, 10?)*.

ويعزي الإحباط الذي يبديه ذوي صعوبات التعلم إلي الفشل الدراسي والشعور بعدم القيمة ، والانسحاب *(Wallace & Mcloughlin, 1975)*.

ويظهر المعوقين بدنياً مستويات مرتفعة من الإحباط، الشعور بالذنب لانسحاب ، والحماية الزائدة علي سلوك هؤلاء الأطفال بسبب الاتجاهات السلبية عنهم (**سعيد حسني ، ٢٠٠٢-أ ، ١٨٣**).

ويكون الإحباط عادة نتيجة للتباعد بين الأهداف التي وضعها الطفل لنفسه أو التي وضعها الآخرون له ، وبين قدرة الطفل علي إنجاز هذه الأهداف . وعندما يترتب علي هذا التباعد نوع من الإحباط يستجيب الطفل المصاب بعجز جسمي للموقف بطريقة واحدة أو بمجموعة من الطرق من بين الطرق الآتية: يكون شعوره بالإحباط سبب في ميوله العدوانية ، والي إلقاء اللوم علي الآخرين ، أو إلي الانسحاب ، أو اللجوء إلي النكوص ، أو إلي التعويض عن عجزه (**فتحي عبد الرحيم ، ١٩٩٠ ، ١٤٢-١٤٣**).

الأسباب البيئية

تعرف البيئة من الناحية النفسية بأنها "مجموع الاستثارة التي يتلقاها الفرد من لحظة إخصاب البويضة في رحم الأم حتى وفاته" إلا أننا يجب أن ننبه إلي أن مجرد الوجود الفيزيائي للأشياء لا يؤلف في ذاته البيئة ، وإنما لا بد أن تقوم هذه الأشياء بدور المثيرات للفرد ويتسع التعريف ليشمل ما هو أكثر من البيئة بمعناها الشائع ، فيشمل كل صور الاستثارة كما يمتد إلي حياة الفرد كلها (**فؤاد أبو حطب ، ١٩٩٠ ، ٤٦١-٤٦٢**).

وهناك العديد من الأسباب البيئية التي تؤدي إلي الإصابة بالاضطرابات النفسية علي النحو التالي :

الأسباب التي ترتبط بمرحلة الحمل ***Prenatal Causes*** ،

إصابة الأم بالأمراض الميكروبية والفيروسية مثل : مرض الزهري *Congenital Syphilis* والإجهاض ، وفاة الجنين ، والتخلف العقلي ، وتضخم الكبد والطحال ، ومرض اليرقان ، والتهابات في شبكية العين . الحصبة الألمانية *Congenital German Rubella*: حدوث التشوهات في الأطفال حديثي الولادة والفيروس يهاجم ويتلف خلايا الدماغ كما يسبب الصمم ، وتصاب العين بماء أبيض خلقي ، ويعاني من نقص في الوزن مع تضخم في الكبد والطحال .

ويؤدي سوء تغذية الأم الحامل إلي نقص الوزن ، والولادات المبتسرة . ويؤدي تدخين الأم الحامل إلي انتقال النيكوتين السام من دم الأم إلي دم الجنين مما يؤدي إلي إسراع نبضات القلب . ويؤدي إدمان الأم الحامل إلي انخفاض نسبة الأكسجين في أنسجة الدم ، والتسمم ، والولادات المبتسرة ، والانفصال المبكر للمشيمة .

وحالة الأم الانفعالية تؤثر علي الجنين حيث تختلف ظروف الجنين غير الشرعي عن ظروف حمل الجنين الشرعي ، فالأول تحمله أمه بدون رغبة فلا تعتني بصحتها ولا بغذائها ، وتبذل ما في وسعها للتخلص منه ، وعندما تفشل تقبل وجوده في أحشائها علي مضض منها ، وتؤدي هذه الظروف الرحمية السيئة التي تعيشها الأجنة غير الشرعية إلي زيادة نسبة الولادات المشوهة (**كمال مرسي ، ١٩٩٦ ، ١٥٤**).

التلوث البيئي *Environmental Pollution* **يؤثر التعرض للإشعاعات** علي الأم الحامل ، حيث تدل الدراسات علي أن تعرض حوض وبطن الأم الحامل للأشعة السينية (**أشعةX**) بجرعات كبيرة يؤذي الجنين ، ويؤثر علي الجهاز العصبي ويؤدي إلي الإجهاض والشذوذ الجسمي ، والعقم والسرطان ، وإلي الإصابة الإعاقة العقلية ، والسمعية، والبصرية، والحركية ، والشلل الدماغي . وتعرض الأم للتلوث البيئي يمكن أن يؤثر علي النمو العقلي

لطفلها قبل الولادة وبعدها ، وقد تم التركيز علي تأثير بعض الكيماويات المعروفة اختصاراً (**بي سي بي**) التي يعتقد بأن لها علاقة بسرطان الكلي والكبد والتشوهات الخلقية. ويؤثر تناول الأم للعقاقير علي الوظائف الفسيولوجية ، وعلي عمليات الأيض الأمر الذي يؤثر علي الشخصية والعمليات العقلية كالانتباه والإدراك ، والإعاقات.

الأسباب التي ترتبط بمرحلة الولادة *Perinatal Factors*

كيفية سير الولادة، والفترة ما بعد الولادة مباشرة من أهم العوامل التي تؤثر علي مخ الجنين، والطفل الرضيع ، حيث يكون مخ الرضيع غير مكتمل النمو عند الولادة ، بعد ذلك يستكمل مخ الطفل نموه في السنتين الأوليين ، ويتعرض للكثير من العوامل المفضية إلي الإعاقة مثل : انفصال مبكر للمشيمة (**أي الأوعية الدموية المغذية للجنين**) التفاف الحبل السري حول رقبة الجنين، وانفجار مبكر للغشاء المحيط بالجنين مع فقدان السائل الجنيني (**أمار كحلة ، ١٩٨٨ ، ٤٣**).

كذلك وضع الجنين ، والنزف بدرجة كبيرة من شأنه أن يؤدي إلي ليونة بالمخ وإضعافه وكذلك إصابة المولود بالصفراء ، والولادات المبكرة والعسرة والمتعددة والولادة باستخدام الملقاط :*Forceps Delivery* ، والولادة باستخدام آلة الشفط : *Ventouse Delivery* ، ونقص الأوكسجين(**الاختناقات أو الاسفكسيا**) *Asphyxia* .

الأسباب ترتبط بمرحلة ما بعد الولادة Postnatal Causes مثل الإصابات والحوادث ، إهانة الطفل ، الإصابة بالالتهاب السحائي ، التهاب المخ والإصابة بـ ـحمى القرمزية ، أو اشتباه سرطان في البطن العدوى .

العوامل الاقتصادية والاجتماعية

يشير بنز *Pines , 1982* إلي أن الأوضاع الاقتصادية في السنوات الأخيرة تؤثر سلباً علي الحالة النفسية للأفراد حيث أشارت التقارير إلي أنه كلما ارتفعت البطالة كلما زاد عدد المراجعين للمستشفيات العقلية ، وحالات الانتحار ، وحالات الموت الناتجة عن الضغوط النفسية مثل أمراض القلب والكبد التي ارتفعت إلي مستوي الدلالة الإحصائية (**قاسم حسين ، ٢٠٠٨ ، ١٥١**) .

كما يؤثر الفقر تأثيراً بالغاً علي الفرد فهو من أهم الأسباب التي تؤدي إلي سوء التغذية، والأسر الفقيرة لا يمكنها أن توفر الغذاء الصحي المتوازن لأفرادها. كما يؤدي الفقر إلي انتشار السلوك المضاد للمجتمع.

كذلك الأحوال السكنية غير المناسبة فهناك أسر تعيش في مساكن مزدحمة غير كافية ، وغير ملائمة للسكني من حيث التهوية وغير صحية ، وهذه المساكن تكون مصدر

للإصابة بالأمراض العديدة ، فضلاً عن عدم راحة الأطفال، وتسبب لهم مزيداً من التوتر والضيق ، وتؤدي إلي إصابة الأبناء بالقلق والاكتئاب ، وتدفعهم إلي اللجوء إلي الشوارع والمبيت في الطرقات ، وينطلقون للعب والتجوال في الشوارع بدون رقابة، مما يجعلهم عرضة للوقوع في براثن الإدمان ، والانضمام إلي جماعات الرفاق السيئة، وما يتولد عن ذلك من ارتكاب السلوكات المضادة للمجتمع.

كذلك يؤثر سلباً علي تربية النشء خروج الأم والتحاقها بسوق العمل وفي كثير من الأحيان تعهد الأم في رعاية أبنائها إلي المربيات واللائي لا يبالين سوي الحصول علي الرواتب فيهملن رعاية الطفل ، وفي كثير من الأحيان قد تكون المربية من جنسية أخري ومن ثم تعلم الطفل الكلمات التي ليست من لغته لاسيما في المراحل الأولي من عمره ، بالإضافة إلي تعليم الأطفال بعض السلوكات غير المناسبة.

وكذلك تؤثر العوامل الاجتماعية تأثيراً بالغاً علي الحالة النفسية للفرد. فنمط الحياة البسيطة والقائم علي إرضاء الحاجات الأساسية في إطار جماعي هو أكثر ملاءمة للتوازن النفسي وأقل تعريضاً للإصابة بالأمراض النفسية وعلي عكس ذلك فإن المجتمع الأكثر تعقيداً في تركيبه الاجتماعي، ونمط حياته هو الأكثر ترسيباً للأمراض النفسية (علي كمال ،١٩٨٨-أ ، ٤٤).

ويشير (سعيد حسني ، ٢٠٠٢-ب ،٢٥) إلي أن الاضطرابات النفسية تعزي إلي إتباع الأسرة أساليب لا سوية في تنشئة الطفل مثل : الرفض الذي يؤدي إلي تدني مفهوم الذات ، وعدم معرفة المقبول وغير المقبول ، والحماية الزائدة التي تؤدي إلي الاتكالية، وعدم القدرة علي حل المشكلات ، والشعور بالعجز والتدليل والذي يؤدي إلي الفساد والأنانيه وعدم الصبر ، والقسوة التي تؤدي إلي الخنوع ، وقلة القيمة ، وانعدام التلقائية، والعقاب الذي يؤدي إلي العدوان والفشل ، والإحباط ، والتوقعات العالية والتي تؤدي إلي الفشل ، والإحباط والنكوص ، أما التوقعات المتدنية فتؤدي إلي تدني مفهوم الذات، وعدم الانجاز.

كذلك الخلافات الأسرية ، حيث تؤثر المنازعات الأسرية علي الأبناء فتضطرب كيان الأسرة لذلك ، وتفقد الأسرة صلابتها وتماسكها وينهار تبعاً لذلك الأبناء، وتثير في نفوسهم الكثير من المنازعات ، والحقد والخوف ، والقلق ، وعدم الشعور بالأمان، وقد تصل الخلافات بين الزوجين إلي الطلاق ، مما يترتب عليه ضياع الأسرة ، وهروب الأبناء من الوالدين والانسياق في تيار الانحراف ، والوقوع في براثن الجريمة ....الخ

وكذلك الخلل في توزيع الأدوار في الأسرة فقد تبين من الدراسات أن كثيراً من المنحرفين نفسياً عاشوا في ظروف أسرية مضطربة ، بسبب خلل في الأدوار التي يمارسها كل من الأب والأم ، مما جعل مسئوليات الذكور والإناث في الأسرة غامضة ، وأفسد تعلم الأولاد والبنات للدور المناسب للجنس ، وعلمهم أدوراً غير مناسبة لهم ، وعندما تكون القوامة في الأسرة لأم متسلطة تلغي شخصية الأب أو لأب مستبد يلغي شخصية الأم ، تضطرب أدوار البنات والأولاد ، وتكون ممارسات الوالدين لأدوارهما في الأسرة نماذج سيئة لا تصلح للاقتداء بها، مما يشعر الأولاد بعدم الكفاءة، فينسحبون من مواقف التفاعل الاجتماعي ، وينمو عندهم الاستعداد للانحرافات النفسية عامة، وللفصام والجناح خاصة.

واضطراب العلاقة بين الطفل والوالدين : يؤدي اضطراب علاقة الطفل بوالديه إلي حرمانه من إشباع حاجاته النفسية والاجتماعية والتي من أهمها حاجاته إلي الأمن والطمأنينة ، والاستحسان والانتماء ، وحرمان الطفل من إشباع هذه الحاجات ، يفسد نموه النفسي ، ويجعله مهيئاً للانحرافات النفسية في مراحل حياته التالية وتعرضهم للإحباط المتكرر ، مما يشعرهم بالظلم والعجز ويفسد نموهم النفسي ، ويجعلهم مهيئين للانحرافات النفسية (**كمال مرسي ،١٩٨٦، ٢٤٣-٢٤٤**).

العامل الثقافي

قد لا يمكن فصل هذا العامل عن العامل الاجتماعي بالنظر لارتباطهما الوثيق في عملية التطور ، ومع ذلك فإن من الممكن ملاحظة التباين الواضح في نسبة وقوع الأمراض النفسية بين الفئات المختلفة الدرجات ، حيث تبلغ في بعض هذه الفئات وخاصة في المعلمين والطلبة الجامعيين عدة أضعاف نسبتها في ذوي المستوى الثقافي الأقل، وكلما تعرض المجتمع إلي مؤثرات ثقافية متعددة وغير موجهة أو ذات تعارض مع معالم الثقافة الأساسية والتقليدية لذلك المجتمع كلما كانت نسبة الأمراض النفسية في ذلك المجتمع أكثر وضوحاً وارتفاعاً (**علي كمال ،١٩٨٨-أ ، ٤٤**).

وقد حاولت "هورني" تفسير الأمراض النفسية في ضوء العوامل الثقافية وأثرها علي النمو الإنساني فهي تقول " إنه عند دراستها لمراحل الطفولة لدي العصابيين تبين لها أن للبيئة الثقافية دوراً هاماً في نشأة العصاب. فالعصاب في نظر "**هورني**" هو محصلة للمواقف الثقافية التي يتعرض لها الشخص (**مصطفي فهمي ، ١٩٩٥ ، ٢٦٨**).

وقد انتهت "ميد" من دراستها إلي أن أزمة المراهقة هي أزمة اجتماعية ثقافية ، وليست أزمة بيولوجية ولادية ، فقد وجدت في مجتمع غينيا الجديدة أن المراهقين لا يخبرون هذا الاضطراب الانفعالي الذي يشعر به المراهقون في المجتمعات الحديثة ، فالثقافة تمكن الأطفال من أن تنمو شخصياتهم في جو يسمح لهم بإشباع دوافعهم ، حتى الجنسية منها، كما يجعل الأطفال علي قدر كبير من الاهتمام والرعاية(**علاء كفافي**،١٩٩٠،١٤٨-١٥٨).

العامل الحضاري

المجتمع الصناعي الحديث والمتقدم ، والتطور التكنولوجي نعمة كبيرة لا تخلو من نقمة ، لأن هذا التطور يجب أن يصاحبه استعداد وتهيئة، إضافة إلي أن سرعة التغير الاجتماعي تخلق ضغوطاً نفسية لا يتحملها الكثيرون ، من هنا ظهر ما يسمي "بأمراض العصر"(**محمد قاسم ، ٢٠٠٤ ، ١٩٨**).

وتؤثر العوامل الحضارية في نمو الأشكال العصابية من خلال نمط عادات تربية الأطفال الموجودة في هذه الحضارة أو تلك ، وكذلك من خلال تصارع القيم داخل الحضارة الواحدة أو بين حضارتين ينتمي إليها الشخص أو يعيش فيهما(كوفيل وآخرون ،١٩٨٦، ١٥٦).

العوامل المدرسية

تتمثل هذه العوامل في الآتي :

١- استخدام الأساليب المدرسية غير المناسبة ، وعدم تشجيع الأنشطة الاجتماعية والثقافية والرياضية تضر ضرراً بالغاً باهتمامات الطفل واحتياجاته.

٢- ازدحام الفصول بالطلاب يؤدي في كثير من الأحيان إلي المنازعات والخلافات والشجار بين الطلاب بعضهم البعض.

٣- المناهج الدراسية غير المعدة بطريقة جيدة ، وغير الملائمة لاستعدادات الطفل وميوله واهتماماته ، والمتسمة بالجمود ، والتي لا تساير التقنيات الحديثة والأبحاث العلمية في شتي العلوم الأكاديمية تؤثر سلباً علي توافق الطلاب.

٤- المعلمون غير الأكفاء ، وغير المدربين جيداً، والعاجزين عن مراعاة التقدم في كافة العلوم ، والذين يتبعون أساليب تربوية خاطئة ، وطرق تدريس غير مناسبة تراعي قدرات الطلاب وإمكاناتهم ، كل هذا من شأنه أن يؤثر علي أداء التلاميذ .

٥- الامتحانات غير المتمشية مع خلاصة الأبحاث العلمية ، والتي تركز فقط على الحفظ دون الفهم والاستيعاب تؤثر على التقدم الأكاديمي للطلاب .

٦- التوزيع غير المناسب للجداول الدراسية والامتحانية ، وتكديس المواد العلمية في وقت متواصل بالحصص المتعاقبة بدون إعطاء فترات للراحة الذهنية للأطفال يؤدي إلى إرهاق الأطفال ، وشعورهم بالتعب .

٧- تخبط الإدارات التعليمية ، والقرارات غير الصائبة ، وعدم انسياب الديمقراطية بين الرئيس والمرؤوس ، واللجوء إلى أساليب الاستبداد وفرض الآراء ، وعدم تفهم الإدارة لاحتياجات المعلم والتلميذ ، وصدور القرارات دون الرجوع إلى مكونات المنظومة التعليمية (المعلم - التلاميذ - أولياء الأمور) كل هذا من شأنه أن يؤدي إلى إرباك التلاميذ ، وانخفاض تحصيلهم فضلاً عن سوء توافقهم الشخصي والاجتماعي .

التفاعل بين الوراثة والبيئة

الوراثة هي " تك الاستعدادات العامة والخاصة الكامنة في الفرد والتي تستجيب للمؤثرات الخارجية والداخلية فتنشط . وتعمل الوراثة على المحافظة على الصفات العامة للنوع من خلال نقل هذه الصفات من جيل إلى جيل آخر ، كما أنها تعمل على المحافظة على الصفات العامة لكل السلالات . **أما البيئة فهي** : تلك المؤثرات الطبيعية والاجتماعية أي الخارجية التي تحرك الاستعدادات الكامنة لدى الفرد" (أحمد فائق ، **محمود عبد القادر ١٩٨٠** ، ٤١).

ومهما يقال من تأثير العوامل الوراثية ، فإن وجودها لا يقطع بضرورة الإصابة بالاضطراب النفسي ، ذلك لأن هناك فكرة الصفات الوراثية التي تتنحى الوراثة وحدها لا تكفي لحدوث الاضطراب النفسي ، الجينات فقط تعمل عمل العامل المهيء الاستعدادي ولا يحدث الاضطراب إلا إذا توفر العامل المفجر أو المعجل بحدوث الاضطراب كالضغوط البيئية أو أحداث الحياة الضاغطة (**عبد الرحمن العيسوي** ، ٢٠٠٤ ، ٨٣).

فأكثر الاضطرابات النفسية تنشأ من مجموعة من العوامل ، وتتجسد هذه النظرة التكاملية فيما يسمي بنموذج الاستعداد المسبق للتوتر *Diathesis – Stress* والتي ترى أن مميزات الشخص الوراثية وعملياته البيولوجية والخبرات المبكرة يمكن أن تخلق معاً وضعاً

مهيئاً لحدوث اضطراب نفسي ، ولكن ظهور هذا الاضطراب أو عدم ظهوره يعتمد علي عوامل التوتر والإجهاد التي يواجهها الفرد في الحياة(**راضي الوقفي** ، ٢٠٠٣ ٦١٧).

والتعلم أو التدريب لا يكونان فعالين إلا إذا جاء في وقت ملائم من النمو اصطبغا بما تفرضه مراحل التطور المختلفة من استعدادات تنبثق تدريجياً وفي مراحل .

وعلى هذا فإن تعليم هذه القدرة أو تلك يجب أن يتم عندما يكون الطفل مستعداً لذلك .فتدريب الطفل على استخدام اللغة أو التفكير المجرد لا يمكن أن يتم على الإطلاق في مراحل العمر المبكرة التي يعتمد فيها تفكير الطفل على المحسوسات . ويذهب بياجيه إلى أبعد من هذا فيرى أن الطفل لا يتعلم آليا كالببغاء بل يتعلم ويدرك بيئته بحسب اللون الذي تفرضه الاستعدادات العصبية والفكرية التي تتفتح في مراحل (**عبد الستار إبراهيم** ، ١٩٨٥ ، ١١٤-١١٥).

والحق إن الفطرة الوراثية ليست أكثر تأثيراً من الرعاية البيئية ، كما أنها ليست أقل أهمية فكلاهما أساسي للحياة ، وفقدان أحدهما يعني عدم الحياة غير أننا يمكن أن نميز تأثير وغلبة أحد هذه العوامل علي غيرها في تكوين الفرد تبعاً لبعض الصفات فيه : إذ أن صفات الإنسان علي نوعين :

١- نوع بنائي كالقامة ونوع القوام وقياسات الجمجمة وهذه تكون في الغالب وراثية لا يؤثر فيها المحيط تأثيراً يذكر.

٢- نوع بنائي وظيفي كالوزن والصحة عامة وخاصة وسواها وهذه يؤثر فيها المحيط كما تؤثر فيها الوراثة.

والصفات النفسية تخضع لتأثير كل من الوراثة والبيئة كالذكاء والانفعال والطبع الشخصي وغيرها أم الصفات النفسية التي هي من نوع صفات الشخصية والعادات وطريقة التفكير فهي تتأثر بالبيئة تأثراً كبيراً جداً (**مأمون صالح** ، ٢٠٠٨ ١٢٨).

والصفات التي لا تكاد تتأثر بالبيئة تسمي الصفات الوراثية الأصيلة وأهمها لون العين، ولون ونوع الشعر ناعماً أم جعداً ، ونوع الدم ، وهيئة الوجه ومعالمه وشكل الجسم ، والصفات التي تعتمد في جوهرها علي البيئة ولا تكاد تتأثر بالمورثات تسمي صفات مكتسبة ، ومن أهمها الخلق والمعايير الاجتماعية والقيم والصفات التي ترجع في جوهرها إلي الوراثة وتتأثر بالبيئة تأثراً يتفاوت في مداه بين الضعف والشدة تسمي صفات وراثية

بيئية، أو استعدادات فطرية تعتمد علي البيئة في نضجها وتتأثر في قصورها وعجزها عن بلوغ هذا النضج ، ولعل أهم هذه الصفات هي لون البشرة ، وذلك لتفاوت تأثير أشعة الشمس في هذا اللون والذكاء والمواهب العقلية(**ثائر أحمد وآخرون ، ٢٠٠٨ ، ٨٥**).

تعقد العوامل المسببة للمرض

يجب أن يتناول المعالج النفسي تفسير الأسباب المهيئة للمرض النفسي والعقلي بحرص. إن المعرفة لا يمكن أن تكون شاملة إذا ما فسرت تفسيراً حرفياً بمقتضي المعني الذي يحمله لفظ " العامل" فما لاشك فيه مثلاً أن ردود الأفعال الذهانية الإكلينيكية التي تصدر من مرض الشلل كما لا يوضح السبب في أن نسبة ضئيلة فقط ممن يصابون بالزهري هم الذين يحدث لهم الشلل ، وعلي ذلك فإنه بالنسبة للعوامل المسببة للمرض لا بد من ترك الباب مفتوحاً ، ويتحقق ذلك بتناول تلك الأسباب من وجهات نظر فاحصة واسعة وربما فلسفية أخري (**مصطفي خليل ، ١٩٨٣ ، ٢٩٧**).

الاضطرابات العصابية

العصاب *Neurosis*

العصاب هو اضطراب وظيفي في الشخصية بين العادي وبين الذهان وهو حالة مرضية تجعل حياة الشخص العادي أقل سعادة، ويعتبره البعض صورة مخففة من الذهان (حامد زهران ، ٢٠٠٥ ، ٤٨٠).

معدلات انتشار الاضطرابات العصابية لدي العاديين

يوضح الجدول التالي هذه المعدلات

جدول(١)

يوضح معدلات انتشار اضطرابات القلق لدي العاديين

اضطرابات القلق	مدي الحياة	انتشار الاضطرابات خلال ١٢ شهر
اضطراب الفزع	٤.٧٪	٢.٧٪
اضطراب القلق المعمم	٥.٧٪	٣.١٪
اضطراب الهلع غير المصحوب بالأجورافوبيا	١.٤٪	٠.٨٪
مخاوف محددة	١٢.٥٪	٨.٧٪
اضطراب الوسواس القهري	١.٦٪	١٪
اضطراب قلق الانفصال	٥.٢٪	٠.٩٪
اضطراب القلق الاجتماعي	١٢.١٪	٦.٨٪

(Kessler et al ., 1994 ;Kessler et al ., 2005-A)

وتبلغ معدلات انتشار الاضطرابات النفسية لدي أفراد المجتمع والتي تم تشخيصها في أي سنة حوالي كانت ٢٠٪ *(Reigier et al ., 1993)*.

والاضطرابات العصابية أكثر شيوعاً بين النساء ، وفي مرحلة الطفولة تكون متساوية لدي كل من الذكور والإناث ، ويحدث تمايز يكون أكثر شيوعاً بين الإناث مع بداية مرحلة المراهقة ، والكثير من الاضطرابات العصابية في الطفولة تكون محددة بالسن علي سبيل المثال فوبيا الحيوانات دائماً تبدأ في مرحلة الطفولة المبكرة ، بينما فوبيا الخوف من الأماكن المتسعة تكون نادرة الحدوث قبل مرحلة الرشد ، والكثير من الاضطرابات العصابية سوف تختفي قبل بداية مرحلة الرشد:

(Rosenhan & Seligman , 1989 , 530)

معدلات انتشار الاضطرابات العصابية لدي ذوي الاحتياجات الخاصة يَبدي المتخلفون عقلياً مستويات مرتفعة من انتشار الاضطرابات النفسية *(Craft , 1979, 146)*. فنسبة انتشار الاضطرابات النفسية لدي المتخلفين عقلياً تتراوح ما بين ١٠٪ إلي ٦٠٪ *(King et al., 1997)*.

والاضطرابات النفسية لدي الأطفال المتخلفين عقلياً تكون مماثلة أو مشابهة لما وجد لدي أقرانهم العاديين *(Gelder et al ., 1983 , 686 ;Voelker &Goldsmith, 2002; Sovner, 1986)* وتزداد مخاطر الإصابة بالاضطرابات النفسية لدي المتخلفين عقلياً بمقدار الضعفين مقارنة بالعاديين *(Rutter et al ., 1970-B; Nezu & Nezu, 1991)*

وحوالي ٢٥% من الأفراد المتخلفين عقلياً يعانون من الاضطرابات العصابية : الاكتئاب ، واضطرابات القلق*(Menolascino, 1988* وأجريت دراسة روتر وآخرون *(Rutter et al ., 1970-A)* علي عينة يبلغ عددها ٥٩ متخلفاً عقلياً وتراوحت أعمارهم ما بين ٩-١٠ سنوات ، وخلصت نتائجها إلي أن نسبة ٢٣.٦٪ من العينة يعانون من اضطرابات نفسية مميزة. وفي عينة كبيرة بلغ حجمها ٣٠.٥٧٨ من المتخلفين عقلياً انتهت نتائج دراسة جيكبسون *(Jacobson, 1982)* إلي أن معدلات انتشار الاضطرابات النفسية لدي المتخلفين عقلياً بلغت ١١.٦.

أما دراسة جيلبرج وآخرون *(Gillberg et al ., 1986)* **فقد أجريت علي عينة** بلغ عددها ١٤٦ متخلفاً عقلياً ، تراوحت أعمارهم ما بين ١٣-١٧ سنة وانتهت نتائج الدراسة إلي أن ٧.٩٪ لديهم اضطرابات المسلك . أما دراسة أيفرسون ، وفوكس *(Iverson & Fox, 1989)* فقد أجريت علي عينة بلغ قوامها ١٥٦ متخلفاً عقلياً ، بمتوسط عمري (٢١) سنة ، وانتهت نتائج الدراسة إلي أن ٣٥.٩٪ صنفوا علي أنهم مضطربين نفسياً .

وأجريت دراسة جيكبسون *(Jacobson, 1990)* علي عينة بلغ قوامها ٤٢.٤٧٩ طفلاً وراشداً ، وخلصت نتائجها إلي أن ٢٠٪ من العينة الكلية يعانون من اضطرابات نفسية ، و٢.٩٪ لديهم اضطرابات نفسية ، وبلغ الذين يعانون من العصاب والذهان ٤.٣٪ ،١.٤٪ علي الترتيب.

واستنتج رايس *(Reiss, 1994)* **من نتائج دراسته التي أجريت علي عينة بلغ** حجمها ٩٦٨ فرداً متخلفاً عقلياً تراوحت أعمارهم ما بين ٦-١٨ سنة ، إلي أن الأفراد المتخلفين عقلياً يخبرون مدي واسع من الاضطرابات النفسية تبلغ حوالي ثلاث أضعاف وجودها في المجتمع عامة.

وانتهت نتائج دراسة جونسون وآخرون *(Johnson et al ., 1995)* في عينة من الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة إلي انتشار عدم الإذعان أو الطاعة والعدوان ، واضطرابات قصور الانتباه/النشاط الزائد*ADHD* في الأطفال المتخلفين عقلياً شديدي وعميقي الدرجة مقارنة بالأطفال المتخلفين عقلياً خفيفي ومتوسطي الدرجة.

كما أن المتخلفين عقلياً يكونون أكثر عرضة للنشاط الزائد ، ومشاكل الضبط الاندفاعي*(Coe & Matson, 1993)* واضطرابات الانسحاب. و *ADHD* تكون شائعة الحدوث بين التلاميذ المتخلفين عقلياً في المدارس الابتدائية*(Fee et al ., 1994)* وسلوك التنميط ، وإصابة الذات *(Johnson et al ., 1995)* ويشير كينج إلي افتراض مفاده " أن إصابة الذات تري في المتخلفين عقلياً شديدي وعميقي الدرجة من الممكن أن تكون قهرية في طبيعتها"*(King , 1993)*.

وقد وجدت معظم الدراسات ارتفاع ملحوظ في معدلات انتشار الاضطرابات النفسية في المرضي المتخلفين عقلياً المقيمين بالمستشفيات مقارنة بالمتخلفين عقلياً المقيمين في المجتمع ، وأن هناك علاقة دالة بين شدة التخلف العقلي والاضطرابات النفسية*(Borthwick –Duffy & Eyman, 1990)* .

ويمكن تفسير ارتفاع معدلات انتشار الاضطرابات النفسية لدي المتخلفين عقليا في الآتي:

- المتخلفون عقلياً معرضون بدرجة كبيرة للإصابة بالاضطرابات النفسية ، وبالمشكلات السلوكية . وهذه الاضطرابات تنجم عن ارتفاع عوامل الضغوط أو الإرهاق التي يتعرض لها المتخلفين عقلياً في مجتمعاتنا (سامر جميل ، ٢٠٠٧ ، ٤٨١).
- افتقار المتخلفين عقلياً للقدرة علي حل المشكلات التي تعترضهم في حياتهم ، وقصور في المهارات الاجتماعية ، وفي مهارات التواصل *(Costello, 1982)*.
- ينحدر غالبية المتخلفين عقلياً من بيئات اجتماعية واقتصادية وثقافية متدنية ، وتنتشر فيها المنازعات والخلافات الأسرية ، فضلاً عن استخدام أساليب تنشئة خاطئة*(Szymanski, 1988)*
- اضطرابات في الجهاز العصبي المركزي ، وانخفاض القدرات التكيفية مع الآخرين*(Eaton & Menolascino , 1982; Russell & Tanguay , 1981)*.

والاضطرابات النفسية المقررة لدي الأفراد التوحديين كانت الاكتئاب والحركة الزائدة ، وعدم الانتباه ، والعدوان ، واضطراب الوساوس القهرية والمخاوف ، والقلق المعمم; *(Gadow et al ., 2004 ; Ghaziuddin et al ., 1998 ;Kim et al ., 2000; Lecavalier et al ., 2006 ; Leyfer et al ., 2006)* وانتهت نتائج دراسة مورجان وآخرون(Morgan et al , 2003) إلي انتشار الاضطرابات النفسية في عينة من الراشدين المتخلفين عقلياً والتوحديين ، وقد وُجد أن اضطرابات الاكتئاب كانت الأكثر شيوعاً .

أما عن معدلات انتشار الاضطرابات العصابية لدي الأفراد المعوقين سمعياً فقد أسفرت نتائج دراسة دينمارك والدريدج *(Denmark &Eldridge , 1969)* إلي أن ٣٢.٩٪ من العينة البالغ عددها (١٧٠) معوقاً سمعياً تم تشخيصهم علي أنهم يعانون من الاضطرابات النفسية .

أما نتائج دراسة شليزنر وميدو *(Schlesinger & Meadow , 1972)* فقد انتهت إلي أن ٣١٪ من الطلاب المعوقين سمعياً من العينة البالغ قوامها (٥١٢) وتراوحت أعمارهم ما بين ٥-١٦ سنة يعانون من اضطرابات نفسية .

وأسفرت نتائج دراسة فريمان وآخرون *(Freeman et al ., 1975)* إلي أن الوالدين والمعلمين قدروا عينة من الأطفال الصم البالغ عددها (١٢٠) وتراوحت أعمارهم ما بين ٥-١٥ سنة علي أنهم يعانون من اضطرابات نفسية ، وانتهت نتائج دراسة إيد وجندرسون *(Eide & Gundersen , 2004)* إلي وجود ارتباط ايجابي بين درجة فقد السمع ومشكلات الصحة النفسية المقررة ، وارتباط سلبي بين درجة فقد السمع وجودة الحياة . وكلما زادت درجات الفقد السمعي ، زادت الاضطرابات النفسية بين المعوقين سمعياً *(Clausen , 2003)* .

ويعزي ارتفاع معدلات انتشار الاضطرابات النفسية لدي المعوقين سمعياً إلي أن أساليب التنشئة الاجتماعية الأسرية الخاطئة ، والمتمثلة في تقديم الحماية الزائدة والإهمال والتجاهل والعقاب والرفض الاجتماعي ، واتجاهات هؤلاء الأطفال نحو أنفسهم، واتجاهات الآخرين نحو هذه الإعاقة تلعب دوراً في إحداث مشاكل اجتماعية لديهم إذا كانت هذه الاتجاهات سلبية ، والعكس صحيح فقد يعاني أفراد هذه الفئة من الخجل والانطواء والعزلة والإحباط والفشل والاكتئاب والقلق والتهور وقلة توكيد الذات والعدوانية، ويتصفون بعدم قدرتهم علي ضبط انفعالاتهم ، أو حل مشكلاتهم ، أو الاستقلالية عن الآخرين (**سعيد حسني ، ٢٠٠٢-أ ، ١١٦**) .

يعاني الراشدون المعوقون بصرياً من اضطرابات نفسية اجتماعية (Davis et al 1995).، وانتهت نتائج دراسة باست (Bast , 1971) إلي أن المعوقين بصرياً يبدون اضطرابات نفسية مضطردة .

إن اتجاهات الناس المحيطين بأصحاب هذه الإعاقة إذا كانت ايجابية نحوهم فإن نموهم الاجتماعي والانفعالي سوف يكون أفضل مما سيكون عليه إذا كانت اتجاهات من حولهم اتجاهات سلبية ، إن مفهوم الكفيف عن ذاته واتجاهاته نحو نفسه ونحو الآخرين مما لا شك فيه سوف تتأثر بهذه الاتجاهات إن رفض وتجاهل وعقاب وحرمان هؤلاء الأطفال من قبل ذويهم يؤثر في نموهم الاجتماعي والانفعالي يقودهم إلي بعض الأمراض النفسية كالاكتئاب أو العدوان أو الانعزال ، والانغلاق علي الذات ، وقد تتأثر ثقتهم بأنفسهم (**سعيد حسني ، ٢٠٠٢-أ ، ١٠٠**) .

يبدي ذوي صعوبات التعلم ارتفاع ملحوظ في مستويات الاضطرابات النفسية فلديهم مفهوم ذات متدني ، وهم أقل قبولاً اجتماعياً ، وهم أكثر قلقاً من أقرانهم بدون إعاقات (Bender , 1987 ; Bladow , 1982; Margalit & Shulman , 1986).

كما أسفرت نتائج دراسة هوي وآخرون(Hoy et al ., 1997) إلي ارتفاع مستويات الاضطرابات النفسية لدي الإناث عنه لدي الذكور ذوي صعوبات التعلم. والاضطرابات النفسية لدي ذوي صعوبات التعلم بدرجات خفيفة تكون مماثلة لعادي الذكاء ، وبين ذوي صعوبات التعلم متوسطي وشديدي الدرجة فإن هناك أنواع محددة من الاضطراب تكون بشكل خاص متكررة . وأفضل التقديرات المتاحة تشير إلي أن معدلات انتشار الاضطرابات النفسية لدي ذوي صعوبات التعلم تتراوح ما بين ٣٠ إلي ٤٠٪ (Gelder et al ., 1998 , 869).

ويعزي هذا إلي الاتجاهات السلبية من قبل الآخرين للطفل ذوي صعوبات التعلم ، وهم كذلك يعانون من ضعف القدرة علي التركيز، ولديهم قابلية عالية للتشتت، وضعف المثابرة علي أداء النشاط ، وصعوبة نقل الانتباه من مثير إلي أخر أو من مهمة إلي أخري (**يوسف القريوتي وآخرون ، ١٩٩٨ ،٢٥٠**).

وتنتشر الاضطرابات الانفعالية لدي الأفراد الموهوبين فقد أسفرت نتائج دراسة سكور (Schauer , 1976,471) إلي أن الأطفال الموهوبين يعانون من اضطرابات انفعالية وعدم استقرار انفعالي.

وترتفع معدلات انتشار الاضطرابات النفسية لدي المعوقين بدنياً فقد أسفرت نتائج دراسة كينج وآخرون(King et al ., 1990) عن ارتفاع معدلات انتشار الاضطرابات النفسية لدي المعوقين بدنياً مقارنة بأقرانهم غير المعوقين بدنياً. أما نتائج دراسة روتر (Rutter et al ., 1976) فقد انتهت إلي أن انتشار الاضطرابات النفسية

مرتفع بمقدار الضعفين لدي المعوقين بدنياً مقارنة بما وُجد لدي السكان. كما تزداد مخاطر الاضطرابات الانفعالية لدي الأفراد المصابين بأمراض مزمنة إلي أربع أضعاف انتشارها لدي أترابهم غير المعوقين*(Turner & Beiser, 1990)*.

ترتبط الخصائص الانفعالية بمفهوم الذات لدي الأطفال المضطربين كلامياً ولغوياً ونظرتهم إلي أنفسهم وكذلك نظرة الآخرين إليهم، لذلك تظهر لدي هؤلاء الأطفال مظاهر القلق، والإحباط، والشعور بالذنب، والعدوان، والانسحاب علي سلوك هؤلاء الأطفال، وذلك بسبب ارتباط أعراضهم الظاهرة باللغة، وتظهر هذه الأعراض نتيجة معاملة الآخرين لهم مثل الحماية الزائدة من قبل الأسرة (**صالح حسن، ٢٠٠٥، ١١٧-١١٨**).

أعراض العصاب

١- القلق الظاهر أو الخفي والشعور بعدم الأمن، وزيادة الحساسية والتهيجية، والمبالغة في ردود الفعل السلوكية، وعدم النضج الانفعالي، والاعتماد علي الآخرين، والإحباط والصراع.

٢- اضطراب التفكير والفهم بدرجة بسيطة وعدم القدرة علي الأداء الوظيفي الكامل، ونقص الانجاز، وعدم القدرة علي استغلال الطاقات إلي الحد الأقصى.

٣- الجمود والسلوك التكراري، وقصور الحيل الدفاعية، وأساليب التوافق.

٤- التمركز حول الذات، والأنانية واضطراب العلاقات الشخصية والاجتماعية.

٥- بعض الاضطرابات الجسمية المصاحبة نفسية المنشأ (حامد زهران، **٢٠٠٥ ٤٨٣**).

تشخيص العصاب

هناك فروق بين العصاب وبين المرض العصبي، فالعصاب لا يتضمن تلفاً في الجهاز العصبي، ولا يرجع إلي اضطراب فسيولوجي تشريحي ولكنه اضطراب وظيفي ديناميكي المنشأ، ويظهر في الأعراض العصابية، بينما المرض العصبي يعد اضطراباً جسمياً تشريحياً أو تلفاً في الجهاز العصبي مثل الشلل النصفي أو الشلل الرباعي الذي يصيب اليدين والرجلين(**صالح حسن، ٢٠٠٨، ٢١٦**).

ويجب الاهتمام بالتشخيص الفارقي بين العصاب وبين الحالات الحدية وبينه وبين الذهان، وبينه وبين ردود الأفعال العادية للتوتر. لا بد لتشخيص العصاب من مقابلة شاملة مع المريض، وأخذ تاريخ كامل للحالة، ويجب تطبيق الاختبارات، والتعرف علي خصائص وسمات الشخصية العصابية لدي المريض الذي نتعامل معه (**حامد زهران، ٢٠٠٥، ٤٨٣**).

هناك فروق مميزة بين الاضطرابات العصابية والذهانية يمكن توضيحها في الجدول التالي :

جدول (٢)

يوضح أهم الفروق بين العصاب والذهان

العصاب	الذهان
يعيش المريض في عالم الواقع.	يفقد المريض صلته بالواقع ولا يتأثر به.
تحتفظ الشخصية بتماسكها إلي درجة كبيرة.	تتفكك الشخصية تفككاً قد يكون تاماً.
لا توجد هلاوس وهذاءات.	توجد هلاوس وهذاءات واضحة في أغلب الحالات
يبقي الشعور مسيطراً .	يسيطر اللاشعور علي الشعور.
يحتفظ المريض ببصيرته ويدرك أنه مريض ويطلب العلاج.	يفقد المريض بصيرته، ولا يدرك أنه مريض ولا يطلب العلاج.
إدراك كامل لسوء التوافق ومعاناة شديدة لذلك.	عدم إدراك لسوء التوافق وسيادة مشاعر اللامبالاة.
محاولة الهروب من الواقع المؤلم أو تجنبه.	الصلة بالواقع مضطربة ، وقد تكون مقطوعة كلية.
تقوم الأنا ببعض وظائفها بكفاءة.	تتعطل الأنا عن القيام بمعظم وظائفها.
لا يتغير الكلام بطريقة ملحوظة.	يتشتت في الكلام ويبدو مضطرباً .
يفكر قليلاً ويشارك ولكن يبدو مشغولاً وسواساً.	التفكير مشوش ، ويتميز بوجود أوهام وضلالات.
تضطرب الانفعالات إلي حد ما.	اضطرابات شديدة إلي حد الهياج.
إدراك الأمور سليم إلي حد كبير.	مضطربة ولا يصل إلي الإدراك السليم دائماً.
التوجيه إلي الأخر والمكان والزمن سليم .	التوجيه يكون متدني ، أو غائب.
ستمر في أداء عمله ومتفاعل اجتماعياً.	يؤذي نفسه أو الآخرين ، يتطلب رعاية خاصة أو الإقامة بالمستشفي .

(**عبد الرءوف ثابت ، ١٩٩٣ ، ١١٦**) (**علاء الدين كفافي ، ١٩٩٠ ، ٢٢٦**) (**سيد صبحي ، ٢٠٠٣ ، ٢٦٨**) *(Hilgard et al ., 1975 , 469)*.

أسباب العصاب

الأسباب الوراثية تكون نادرة الحدوث. والشخص العصابي يطور أنماط سلوكية معينة ، ويتجنب إلي حد ما مواجهة المشاكل والتعامل معها بطريقة ايجابية ، ويبقي الفرد في حالة من القلق الشديد أو يلجأ إلي ميكانزمات الدفاع إذا وجد صعوبة في إيجاد حلول واقعية لفض القلق والتوتر.

ويرجع نموذج التحليل النفسي العصاب إلي مراحل النمو في الطفولة حيث يتم تثبيت للطاقة النفسية في المراحل الفمية أو مرحلة التدريب علي النظافة ، بينما تري المدرسة السلوكية أن العصاب ما هو إلا عادات سلوكية خاطئة تم تعلمها نتيجة للتعزيز(صالح حسن ، ٢٠٠٨ ، ٢١٦).

وينظر ألبورت إلي العصابي أو الذهاني الذي لديه استعداد فطري للنمو الطبيعي علي أنه أُغلق كنتيجة للتأثيرات المرضية في الطفولة ، والفشل في مواجهة المشاكل الهامة بواسطة استخدام حيل الدفاع النفسي في حماية ذاته ، كما أنه محكوم بواسطة دوافع لا شعورية ، معقدة ، نرجسي ولديه تثبيت عند مستوي طفولي ، وكنتيجة لذلك فإن الشخص المريض هو شخص متمركز حول ذاته ، ولديه خوف من تحقيق التوازن المطلوب لتكوين علاقات ذات معني في حياته (محمد السيد ، ١٩٩٨ ، ٣٢٨).

وقد يرجع العصاب إلي الإحباط والصراعات النفسية التي يعاني منها الفرد ومشكل الحياة المستمرة ، والصدمات التي يتعرض لها الفرد ، والعلاقات المضطربة بين أعضاء الأسرة كلها ، وأساليب التنشئة الخاطئة من قبل الوالدين إزاء الطفل.

علاج العصاب

يُعتبر العلاج النفسي العلاج الفعال ، فيفيد العلاج بالتحليل النفسي والعلاج السلوكي ، والعلاج النفسي التدعيمي . والعلاج النفسي الجماعي والاجتماعي . والعلاج الطبي باستخدام العقاقير الطبية المناسبة لكل اضطراب.

اضطرابات القلق *Anxiety Disorders*

يُعتبر القلق من الأمراض العصابية الشائعة ، إلا أنه يُعتبر سمة رئيسة في معظم الاضطرابات ، نجده بين الأسوياء في مواقف الأزمات ، كما نجده مصاحباً لكل الأعراض العصابية والذهانية علي السواء ، ويري كثير من المفكرين أن القلق هو سمة العصر الحديث بأزماته وطموحاته ومنافساته الحادة ، وقد يكون هذا صحيحاً، لكن مع هذا نجد أن الحالات الشديدة من القلق توجد في كافة المجتمعات(عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٤، ٢٣-٢٤).

تعريف القلق

من البديهي أن تتباين وجهات النظر التي تناولت مفهوم القلق إلى حد كبير، نظراً لكونه مفهوم معقد التركيب ، وهو عرض جوهري مشترك في الاضطرابات النفسية ، بل في أمراض عضوية شتي ، ومن الممكن أن نعدد وجهات النظر التالية التي تناولت مفهوم القلق علي النحو التالي :

يعرفه (فرويد ، ١٩٨٣ ، ١٣) علي أنه : " حالة من الخوف الشديد الذي يمتلك الإنسان ، ويسبب له كثير من الكدر والضيق والألم".

يعرف(سبيلبرجر وآخرون ،١٩٩٢، ٦) القلق بأنه :" انفعال غير سار وشعور مكدر بتهديد أو هم مقيم ، وعدم راحة أو استقرار مع الإحساس بالتوتر الشديد ، وخوف دائم لا مبرر موضوعي له ، وغالباً ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول، مع استجابة مسرفة لمواقف لا تتضمن خطراً حقيقياً ، والاستجابة لمواقف الحياة العادية كما لو كانت ضرورات ملحة أو طوارئ".

ويميز سبيلبرجر وزملاؤه بين حالة القلق وسمة القلق: فتشير حالة القلق" إلى خبرة وقتية متغيرة ومرحلية متعلقة بشعور الفرد بأنه مضطرب هنا والآن كما في موقف الامتحان ، أما سمة القلق فتشير " إلى ميل أو تهيؤ أو سمة ثابتة نسبياً في الشخصية".

ويعرفه تومب (*Tomb, 1995 ,82*) **بأنه** :"حالة من الخوف الشديد غير المبرر يؤدي بالفرد إلى الألم ، والشعور بالكدر والضيق ويصاحبه غالباً أعراض نفسية وجسمية"

ويعرف (عبد المطلب القريطي ، ١٩٩٨، ١٢١) القلق بأنه :" حالة انفعالية مركبة غير سارة تمثل ائتلافاً أو مزيجاً من مشاعر الخوف المستمر ، والفزع والرعب ، والانقباض ، والهم نتيجة توقع شر وشيك الحدوث ، أو الإحساس بالخطر والتهديد من شيء ما مبهم وغامض يعجز المرء عن تبينه أو تحديده علي نحو موضوعي " .

ويعرف كل من (عبد الستار إبراهيم ، وعبد الله عسكر ،١٩٩٩، ٥٤ ٥٥) القلق بأنه: "اضطراب من الاضطرابات الانفعالية التي تدخل في دائرة العصاب ، وهو جزء من الحياة البشرية ، أو هو أحد لوازم الوجود ، لذا فالقلق بمثابة الحرص علي الحياة ، وهو رغبة في الحياة إذ تزيد آليات العمل النفسية حين ينتابها شعور غامض بالخطر" .

ويعرفه (أحمد عبد الخالق ،٢٠٠٠ ، ٣٦ -٣٧) بأنه : " شعور بخوف غامض مجهول المصدر وتوتر داخلي ، وعدم القدرة علي الاسترخاء والاستقرار وصعوبة التركيز مع مشاعر مصاحبة بعدم الأمن ، والاستغراق في أحلام اليقظة" .

ويعرفه (أحمد عكاشة ، ٢٠٠٣ ، ١٣٤) بأنه: " شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر ، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ، ويأتي في نوبات متكررة ، مثل: الشعور بالفراغ في فم المعدة أو السحبة في الصدر ، أو ضيق في التنفس ، أو الشعور بنبضات القلب أو الصداع أو كثرة الحركة......الخ".

وبناء علي ما سبق يمكن تعريف القلق علي أنه : " خبرة وجدانية غير سارة يمكن وصفها بأنها حالة من التوتر والضيق والكدر والترقب وعدم الاستقرار ويصاحبها أعراض جسمية متباينة" .

ويمكن تعريف سمة القلق بأنها تشير إلى: " استعداد ثابت نسبياً يهئ الفرد إلى إدراك العالم باعتباره مصدراً للخطر ، وهذا الاستعداد يظل كامناً حتى تحفزه مواقف معينة مهددة فتنشط حاله القلق ، والتي تشير إلى خبرة انفعالية مؤقتة يشعر خلالها الفرد بالتوتر والتوجس ، وتحدث تغيرات جسمية متباينة لمواجهه هذا التهديد".

وظيفة القلق

١- إشارة إنذار ، صورة هيئة مستأنسة لقلق الذعر تنذر بالخطر حتى يستعد للمواجهة ، فالقلق هو الباعث الأساسي للدفاع.

٢- القلق هو المادة الخام التي تصنع منها الأعراض المرضية كوسائل دفاعية وإشباعات جزئية في نفس الوقت (**أمن وإشباع معاً**).

٣- القلق وإن كان تعبيراً عن الصراع من حيث ما ينطوي عليه من خطر فهو في نفس الوقت وسيلة جزئية للإفراغ وخاصة في حالة الانغمار(**صلاح مخيمر ١٩٧٩، ١٠٣-١٠٤**).

تصنيفات القلق

يمكن تصنيف القلق إلي ما يلي :

١- **القلق الموضوعي** : هو خبرة انفعالية مؤلمة تنتج عن إدراك مصدر خطر في البيئة التي يعيش فيها الفرد ، وهناك وجود موضوعي لمصدر هذا الخطر مما يثير القلق (فرويد ، ١٩٨٣ ، ١٢) .

٢- **القلق العصابي** : ينشأ القلق العصابي نتيجة شعور بعدم الأمن جاء من مواقف بيئية ضاغطة بصورة خفيفة أو حتى آمنة أحياناً ، ويرى الفرد العصابي الموقف الخارجي أكثر خطورة مما هو عليه بالفعل ذلك لأنه يهدد الدفاع العصابي الذي يحميه (**كوفيل وآخرون، ١٩٨٦، ١٥٧**) .

٣- **حالة القلق وسمة القلق**:يقسم سبيلبيرجر وآخرون القلق إلي حالة القلق وسمة القلق.

٤- يصنف القلق إلي القلق العام الذي لا يرتبط بأي موضوع محدد بل نجد القلق غامضاً وعائماً وغائماً ، والقلق الثانوي الذي يوجد كعرض من أعراض الاضطرابات النفسية الأخرى (**حيث يُعتبر القلق عرضاً مشتركاً في جميع الأمراض النفسية تقريباً (حامد زهران ، ٢٠٠٥ ، ٤٨٥**).

٥- يصنف القلق وفقاً لتصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية *(DSM-IV-TR ,2000)* إلي اضطرابات الهلع الأجورافوبيا (**الخوف من الأماكن العامة**) ، المخاوف المرضية النوعية الخواف الاجتماعي ، اضطراب القلق المعمم ، اضطراب انضغاط ما بعد الصدمات ، الوسواس القهري المتسلط،اضطرابات القلق التي لا ترجع إلي حالة طبية عامة أو إساءة استخدام عقار.

وتناول فيما يلي أهم تصنيفات القلق وفقاً لـ *(DSM -IV- TR , 2000)*

١- اضطرابات الفزع أو الهلع *Panic*

المبالغة في شدة الخوف ، وكثره تكراره يمكن أن تعوق عملية النمو ، فالطفل الذي يكثر من البكاء ، والانسحاب ، والانكماش ، والاحتجاج واستجداء المساعدة والالتصاق بالوالدين لا يمكن أن يكون في طريقه إلي تنمية الكفاءة ، والاستقلال اللذين يتطلبهما بعد ذلك في مراحل العمر التالية(**محمد عماد ، ١٩٨٦ ، ٢٤٩ ، ٢٥٠**).

والهلع عبارة عن نوبات من الخوف والقلق الشديدين المصحوبين بأعراض جسمية ومعرفية والتي تحدث فجأة ، وتبدأ نوبات الهلع بدون إنذار وتبلغ الذروة خلال عشرة دقائق ، وتتميز النوبات بوجود استثارة تلقائية لا إرادية مثل الآلام في الصدر ، والتنميل ، والشعور بوخز خفيف ، والقشعريرة ، والغثيان ، والتقيؤ والدوخة . وأما الأعراض المعرفية فتشتمل علي مشاعر غير واقعية ومنفصلة عن الذات ، والخوف من الموت ، والإصابة بالجنون *(Cheng &Myers , 2005,117)*.

معدلات انتشار اضطرابات الهلع

تبلغ نسبة انتشار اضطرابات الهلع ٢.٣٪ *(Comer , 1998 ,198)* وتبلغ نسبة انتشار هذا الاضطراب علي مدار الحياة ما بين ١٪ إلي ٥٪ *(Grant et al ., 2006)* ، وتبلغ معدلات انتشار هذا الاضطراب في الدراسات الحديثة ما بين ١.٤ إلي ٢٠.٥٪ *(Birchall et al ., 2000 , 235)* أما نتائج دراسة كاتون وآخرون*(Katon et al ., 1986)* فقد قدرت معدلات الانتشار بـ١٣٪ في عينة تتألف من (١٩٥) مريض ، ونسبة ٢٠.٥٪ علي مدار

الحياة، كما وجدوا أن المرضي باضطراب الهلع لديهم مخاطر متزايدة للاكتئاب الأساسي ، والفوبيات ، والسلوك التجنبي.

وترتفع معدلات انتشار هذا الاضطراب في الإناث ضعفين أو ثلاث أضعاف انتشاره في الذكور، والفروق في معدلات الانتشار بين السلالات يكون محدود ويزداد في المطلقين أو المنفصلين وينمو بصورة شائعة في الراشدين صغار السن:

(Sadock &Sadock , 2003 , 599)

وتتراوح نسب المصابين باضطراب الهلع غير المصحوب بالأجورافوبيا بين ١,٥ - ٣.٥٪ من المجموع الكلي للسكان ، أما إذا اقترن اضطراب الهلع بالأجورافوبيا فقد ترتفع النسبة إلي أكثر من ٥٪ من المجموع الكلي للسكان كما يشبه الهلع القلق فكلاهما أكثر شيوعاً في النساء من الرجال ، وغالباً ما يحدث المرض مع نهاية المراهقة وحتى منتصف العقد الرابع (**محمد السيد ، ٢٠٠٠-أ ٢٣٥**).

المحكات التشخيصية لنوبات الهلع *(DSM-IV-TR ,2000)*

يميز الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية المحكات التشخيصية لنوبات الهلع في فترات منفصلة من الخوف الشديد يتطور أربعة أو أكثر من الأعراض الآتية تطوراً مفاجئاً ، وتصل إلي أقصاها خلال عشرة دقائق وهي علي النحو التالي :

١- خفقان ، زيادة معدل ضربات القلب.

٢- تصبب العرق.

٣- الارتعاش.

٤- الإحساس بصعوبة التنفس.

٥- الإحساس بالاختناق.

٦- ألام بالصدر.

٧- ألام بالبطن.

٨- شعور بالدوخة.

٩- فقدان الإحساس بالواقع والانفصال عن الذات.

١٠- الخوف من التحكم في ذاته أو أن يصبح مجنون.

١١- الخوف من الموت.

١٢- تنميل وإحساسات بوخز خفيف.

١٣- قشعريرة أو تدفق وتوارد الدم إلي الوجه.

المحكات التشخيصية لاضطراب الهلع غير المصحوب بالأجورافوبيا:
(DSM-IV-TR ,2000)

أ- كل من ١، ٢

١- تكرار نوبات الهلع غير المتوقعة.

٢- لمدة شهر أو أكثر علي الأقل احدي النوبات تحدث لواحدة أو أكثر من الأعراض التالية:

أ- وجود انشغال مثابر ومستمر متعلق بحدوث نوبات أخري.

ب- الانزعاج من محتوي النوبة أو عواقبها مثلاً (**فقد القدرة علي التحكم في الذات ، أو حدوث نوبة قلبية ، أو الخوف من الجنون**).

ج- تغير جوهري في السلوكات المرتبطة بالنوبات.

ب- غياب الخوف المرضي من الأماكن العامة.

ج- نوبات الهلع لا تعزي إلي التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لمادة أو عقار مثل (تعاطي العقار أو المخدر أو علاج طبي دوائي أو حالة طبية عامة مثل فرط نشاط الغدة الدرقية.

د- نوبات الهلع لا تفسر بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر مثل الخواف الاجتماعي (**مثلما يحدث عند التعرض للمواقف الاجتماعية المخيفة**) والمخاوف المرضية المحددة (**مثلما يحدث عند التعرض لموقف مخيف محدد**) أو اضطراب الوسواس القهري (**مثلما يحدث عند التعرض للقذارة بالنسبة لشخص يعاني وسواساً من التلوث**) أو اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (**مثلما يحدث عند التعرض لمثيرات مرتبطة بضغوط شديدة**) أو اضطراب قلق الانفصال (**مثلما يحدث عند الاستجابة للتواجد بعيداً عن المنزل أو ذوي القرابة الوطيدة أو الوثيقة**).

بعض الملاحظات الهامة عن نوبات الهلع

١- لا تختلف نوبة الهلع عن أي رد فعل طبيعي من جانب الجسم تجاه الخوف ولكنها تحدث في موقف عادي .

٢- في نوبات الهلع يصبح رد فعل جسمك تجاه الخوف أكثر حساسية وتسهل استثارته.

٣- إن المشاعر في حد ذاتها ليست خطيرة، ولا تشير إلي معاناتك من أية مشكلة صحية خطيرة.

٤- يمكن أن تظهر مشاعر الهلع ، وتستمر بسبب الأفكار المثيرة للقلق ، وزيادة معدل التنفس وتجنب مواجهة المواقف التي تؤدي إلي القلق (**تريفور باول ٢٠٠٥، ٤٥**) .

التشخيص الفارقي لاضطرابات الهلع

التشخيص الفارقي لنوبات الهلع معقد نتيجة لحقيقة عدم وجود علاقات خاسمة بين نوع النوبة الهلعية والتشخيص مثال ذلك أنه علي الرغم من أن تعريف اضطراب الهلع يتطلب أن تكون بعض نوبات الهلع غير متوقعة ، إلا أن الأشخاص الذين تنطبق عليهم محكات هذا الاضطراب كثيراً ما يتعرضون لنوبات مسبوقة وبالأخص في فترة متأخرة من الاضطراب ، يضاف إلي ذلك أن النوبات الهلعية لا تحدث بالضرورة فور التعرض للمثير، وقد تظهر في بعض الأوقات في أنواع معينة من المخاوف أو المخاوف الاجتماعية(**مايكل كراسك ، ديفيد هارلو ، ٢٠٠٢ ٦-٧**).

يحتاج اضطراب الهلع إلي التمييز بينه وبين نوبات الخوف الحاد التي تحدث كجزء من اضطرابات الرهاب . وقد تكون نوبات الهلع ثانوية لاضطرابات اكتئابية ، خاصة بين الرجال وإذا استوفيت في نفس الوقت المعايير التشخيصية لاضطراب اكتئابي، فإنه لا يصح أن يشخص اضطراب الهلع باعتباره التشخيص الرئيس (**أحمد عكاشة ، ٢٠٠٣ ، ١٥٣**).

أسباب اضطرابات الهلع

أ- الوراثة : لوحظ أن حوالي (١٥-٧٥٪) من أقارب مرضي اضطراب الهلع من الدرجة الأولي يصابون بالمرض ، وأن معدل إصابة التوائم المتماثلة هو (٨٠-٩٠٪) أما الأساس الجيني لرهاب الأماكن المتسعة فهو أقل وضوحاً رغم وجود تقارير تشير إلي أن (٢٠٪) من أقارب المرضي من الدرجة الأولي قد يصابون بنفس الاضطراب (عبد الكريم الحجاوي ، ٢٠٠٤ ، ٢٧٢)

ب- الاختلافات الفسيولوجية بين العاديين ومرضي اضطراب الهلع فالعديد من التفاعلات الدوائية والفسيولوجية مثل المعدل المرتفع لاستنشاق ثاني أكسيد الكربون يهيج الهلع لدي المرضي.

ج- وجود ميكانزمات محددة لنشاط المخ تم التعرف عليها في مرضي الهلع حيث وجد باستخدام المسح بانبعاث البوزترون(**بأشعة جاما**) وجود فروق بين نشاط المخ لدي المرضي الذين تم حقنهم بلاكتيتات الصوديوم والذين لم يتم حقنهم به ، وفي حالة وجود نوبة الهلع وقبل الحقن باللاكتيتات فإن المرضي الذين مروا بنوبات هلع لتوهم أظهروا معدل مضطرب لاحتراق الأكسجين ، ويحدث ذلك في منطقة محددة في المخ تعرف باسم التلافيفة المناظرة لقرن آمون *Parahippocampal Gyrus* (**محمد السيد، ٢٠٠٠- أ ٢٣٧**).

د- ردود فعل اضطرابات الهلع تَخبر فقط من خلال الأفراد الذين يسيئون التفسير ويكون رد فعلهم شديد للأحداث الفسيولوجية ، وسوء التفسير من قبل الفرد لإحساساته الجسمية العادية علي أنها تمثل أذي لهم .

وغالباً ما يلجأ أولئك الذين يعيشون نوبات الهلع التلقائية إلي استخدام الصور الوصفية لنقل خبراتهم للآخرين ، وهي خبرات تبلغ من شدة الحيوية درجة تترك أثراً دائماً في الذهن في كثير من الأحيان (**شيهان ، ١٩٨٨ ، ٥١**).

علاج اضطرابات الهلع

١- **العلاج الطبي (الدوائي)**: الايميرامين *Imipramine* البرازولام *Alprazolam* الزانكس *Xanax* ويجب أن تستمر الأعراض لمدة ستة أشهر إلي سنة بعد الشفاء ، ثم يتوقف العلاج تدريجياً ، وإذا عادت الأعراض يعاد إعطاء العلاج ثانيةً (**عبد الكريم الحجاوي ، ٢٠٠٤ ، ٢٧٥**).

٢-**العلاج المعرفي** : يقوم العلاج المعرفي علي تصحيح التقييمات الخاطئة المتعلقة بالإحساسات الجسمية ، باعتبارها مصدر تهديد ، وتطبيق الاستراتيجيات المعرفية بمشاركة الأساليب السلوكية ، علي الرغم من افتراض أن الميكانزم الفعال في التغيير يكمن في الحقل المعرفي (**مايكل كراسك ديفيد هارلو ، ٢٠٠٢ ، ٤٠**).

٣- **العلاج السلوكي** : يتم استخدام الاشراط المضاد حيث يتم تعريض المريض للموقف المسبب للرهاب ، كما يفيد العلاج بالاسترخاء حيث يكتسب المريض مهارة استخدام المؤشرات الدالة علي التحكم والضبط.

٢- **الأجورافوبيا (الخوف من الأماكن العامة ، أو الخلاء ، أو الأماكن المتسعة)** *Agoraphobia*

يدعي المرضي في العادة بأنهم مصابون بالمخاوف المرضية من الأماكن العامة عندما يكتسبون عدداً كبيراً من المخاوف المرضية ، ويكونون رهائن البيت ويرجع أصل كلمة أجوارفوبيا إلي كلمة إغريقية هي أجور *Agora* وتعني الخوف من السوق أو مكان التجمع (**شيهان ، ١٩٨٨ ، ٧٦**).

ويتجنب المريض الخروج بمفرده ، والذهاب إلي الأسواق ، وقيادة السيارة بمفرده بعيداً عن المنزل ، والذهاب إلي الأماكن المزدحمة مثل المسرح، والسينما أو الأماكن المفتوحة،، وتناول الطعام في المطاعم أو استخدام المواصلات العامة:

(Taylor & Arnow , 1988 , 183)

معدلات انتشار الأجورافوبيا

يعاني ما بين ٢,٧-٥,٨٪ من الراشدين من هذا الاضطراب، حيث أن بدايته غالباً ما تكون في العقد الثالث أو الرابع من العمر، كما أن النساء أكثر عرضة للإصابة به من الرجال(**محمد السيد، ٢٠٠٠-أ، ٢٤٣**).

المحكات التشخيصية لاضطراب الأجورافوبيا (**الخوف من الأماكن العامة**) *(DSM-IV-TR ,2000)*

أ- قلق من التواجد في أماكن أو مواقف يصعب الفرار منها أو تكون مربكة أو لا تتوافر فيها المساعدة لمواجهة أحداث غير متوقعة، أو مواقف مساعدة أو مهيئة لنوبة هلع أو تكون محدثة لأعراض تشبه الهلع، والمخاوف المرضية من الأماكن العامة تتضمن مجموعات من المواقف التي تتضمن أن يكون الفرد وحيداً خارج المنزل، أو أن يكون في حشد أو يكون واقفاً في طابور أو أن يكون فوق كوبري، أو يكون مسافراً في أتوبيس أو قطار أو سيارة.

لاحظ أنه: عند تشخيص المخاوف المرضية المحددة يجب مراعاة ما إذا كان التجنب محدد بعدد قليل من المواقف المحددة، أو المخاوف المرضية الاجتماعية إذا كان التجنب مرتبط بالمواقف الاجتماعية.

ب- هذه المواقف يحاول الفرد تجنبها (**مثلاً: التقليل من السفر**) أو يمكنه تحملها بطريقة ما مع أسي نفسي بَين أو مع قلق من حدوث نوبة هلع أو أعراض تشبه الهلع، أو تتطلب تواجد مرافق).

جـ- القلق أو خوف التجنب المرضي لا يعزي أو يفسر بطريقة جيدة باضطراب عقلي آخر(مثل الخواف الاجتماعي مثلاً حيث يحدث تجنب محدود للمواقف الاجتماعية بسبب الخوف من الارتباك، أو فوبيا محددة مثل تجنب محدود لمواقف منفردة مثل ركوب المصاعد، أو اضطراب الوساوس القهرية مثل تجنب القذارة لدي شخص ما مع وساوس تتعلق بالتلوث، اضطراب انضغاط ما بعد الصدمات مثل تجنب مثيرات مرتبطة بحادث ضاغط شديد أو اضطراب قلق الانفصال مثل تجنب الفرد الابتعاد عن المنزل أو الأقارب.

التشخيص الفارقي لرهاب الأماكن المتسعة

يجب أن نتذكر أن بعضاً من مرضي رهاب الأماكن المتسعة يشعرون بقليل من القلق لأنهم قادرون دائماً علي تجنب الموقف مصدر الرهاب. أما في حالة وجود أعراض

أخري كالاكتئاب ونوبات الهلع ، واضطراب الآنية ، والأعراض الوسواسية والرهاب الاجتماعي ، فذلك لا يلغي التشخيص شرط ألا تهيمن تلك الأعراض علي الصورة السريرية، ومع ذلك فإذا كان الشخص مكتئباً فعلاً بشكل ملحوظ حين بدأت أعراض الرهاب في الظهور ، عندئذ يصبح تشخيص نوبة اكتئابية هو التشخيص الأساسي الأكثر ملائمة ، ويشيع ذلك في الحالات التي تبدأ متأخراً (**أحمد عكاشة** ، ٢٠٠٣ ، ١٦١).

أسباب حدوث الأجورافوبيا

تسري الأجورافوبيا في أسر معينة ، وخاصة بين أقارب المرضي من الإناث وقد وصلت نسبة مخاطر هذا الاضطراب إلي ٣٢٪ من أقارب الدرجة الأولي كالأبوين في حين كانت ١٥ ٪ بين الأفراد من مجموعات ضابطة غير مصابة بالقلق تُعد النماذج الأسرية لدي مرضي الأجورافوبيا نماذج أسرية أو زواجية مرضية كما يقترح النموذج المعرفي/السلوكي في تفسير نوبات الهلع أنه بمجرد حدوث نوبة هلع أو قلق ، فإن المريض يحاول تفادي الموقف الأصلي المسبب للنوبة والمواقف المرتبطة به ، وتؤدي حالة التجنب للمواقف المحرضة للقلق إلي نوع من التعزيز السالب ويساعد أعضاء الأسرة والأصدقاء علي بقاء واستمرار هذا السلوك التجنبي من خلال تحملهم طواعية لمسئوليات المريض (**محمد السيد** ، ٢٠٠٠-أ ، ٢٤٤).

ويفسر الخوف من الأماكن العامة لتجمع الناس بأنه خوفاً من الاعتماد علي النفس أو الاستقلالية ، ومن أن يفكر الشخص لنفسه ويعيش حياة اجتماعية يلتقي فيها بالآخرين تكون له بهم علاقات فيها ، والمنافسة والخصام ، والمساومة وهي من أمور الحياة اليومية ، والمريض يرهب لذلك لأنه نشأ في الأهل في كنف أم استأثرت به ، وكفلت له الرعاية الكاملة فكانت تفكر له وتحدد علاقاته بالناس وعاش مطمئناً في حمايتها ، فلما كبر واضطر إلي ممارسة الحياة بعيداً عنها صارت تأتيه هذه النوبات كلما كان عليه أن يواجه الناس علي مسئوليته (**عبد المنعم الحفني** ، ١٩٩٥ ، ٥٤٢-٥٤٣).

علاج الأجورافوبيا

يمكن علاج الأجورافوبيا علي النحو التالي :

١- يجب أن تتعرف علي ما يحدث حولك جيداً.

٢- يجب أن تتعلم أن يكون لديك بعض التحكم في أعراض القلق ، وذلك باكتساب مهارات جديدة مثل الاسترخاء ، وتدريبات التحكم في التنفس وتحويل الانتباه ، والحديث الايجابي مع النفس.

٣- عليك المواجهة التدريجية للمواقف التي كنت تتجنبها (**تريڤور باول ٢٠٠٥ ، ٥٨**).

٣- مخاوف مرضية محددة ***Specific Phobias***

تحدث المخاوف المرضية المحددة والتجنب في استجابة للتعرض لمواقف أو موضوعات محددة ، **والمخاوف المرضية تتضمن الخوف من** : الحيوانات والعواصف ، والكباري ، والتقيؤ ، أو الخوف من الأماكن المرتفعة ، والخوف من الرعد ، والظلام ، والطيران ، والأماكن المغلقة ، والمراحيض العامة ، ومنظر الدم والخوف من السير في الأنفاق ، والأصوات المرتفعة .

والملامح الرئيسة في استجابة المخاوف المرضية تكون في نمو القلق المباشر أو في الشدة ، والأطفال من الممكن أن يظهروا نوبات هلع مع استثارة فسيولوجية عندما يتعرضون للخوف من موضوعات أو مواقف محددة ، فعلي سبيل المثال خوف الأطفال من الكلاب بتكرار فهم يصرون علي البقاء في المنزل إذا كان لدي الجيران كلاب ، كما أن المخاوف المرضية تتداخل مع العلاقات الاجتماعية *(Cheng &Myers , 2005 , 116)*.

وفي المخاوف المحددة فإن الأفراد يبدون مخاوف لا عقلانية وحادة من موضوعات أو مواقف محددة ويحاولون تجنبها بدرجة كبيرة *(Bogels & Phares, 2008, 568)*.

والأطفال العاديين في عمر سنة أو سنتين يخافون من الانفصال عن الوالدين ، والخوف من الجروح والغرباء والأصوات المرتفعة والحيوانات والغرف المظلمة والبيئات الجديدة *(Morris & Kratochwill , 1983, 1998)*. وفي مرحلة المدرسة الابتدائية يعانون من القلق والخوف من الكائنات الخارقة للطبيعة ، والجروح البدنية ، والأصوات المرتفعة ، وفي المرحلة المتوسطة والعليا هناك المخاوف المرتبطة بالصحة ، والفشل الأكاديمي ، والخواف الاجتماعي وهذه المخاوف تستمر في مرحلة الرشد:

(Barrios & Hartman, 1997)

ويمكن تناول بعض هذه المخاوف علي النحو التالي:

١- الخوف من التغيير

يُعد الانتقال من مكان إلي آخر ، والسفر ، ومقابلة أشخاص جدد من الأمور التي تكون ممتعة أو مخيفة ، فالطفل إذا دخل مكان جديد عليه وصادف فيه خبرة سببت له ضيقاً أو ألماً ، فقد يعمل علي تجنب هذا المكان أو أي مكان أخر يكون جديداً عليه ، فالأطفال جميعاً يتجنبون الناس أو المواقف التي سببت لهم ضيقاً يوماً ما ، ولكن من الأطفال من يطغي عليه الشعور بالقلق يكون لديهم ذاكرة تصويرية دقيقة تمكنهم من ملاحظة أقل تغيير يطرأ علي ما يحيط بهم من أشياء أو أشخاص ، فتبديل بسيط في

الأثـاث ، أو تغير لبـاس تعـود علي رؤيتـه علي شخص كـبير ، كل هـذه تـسبب في الأطفـال تشككاً من ضرراً أو ضيقاً سيحلق بهم (**هيلين روس ، ١٩٨٦ ، ٣١**).

٢- الخوف من الحمامات أو المراحيض

الخـوف المرضي من التواجد في الحمامـات والمراحيض ، وكـثيراً مـا نلحظه لـدي الأطفال والمرضي بالوساوس القهرية ، ويفسرونه بالخوف من السقوط في فوهة المرحـاض ، أو أن يكون بها عفريت أو ما شابه ذلك يشدهم بمجرد تجردهم وجلوسهم ، وقد ينسبون ما بهم إلي الخوف من التلوث أو العدوى أو الخوف من التعري (**عبد المنعم الحفني،١٩٩٥،٥٤٧**).

٣- الخوف من الحشرات والحيوانات

قد يبدو من الغريب أن الطفل الذي يلعب في أمان مع كلب أليف ضخم يرتعب مـن نملـة زاحفـة لا تكـاد تـري بـالعين أو مـن نحلـة تطـن ، وغالبـاً مـا يـرتبط الخـوف مـن الحشرات بالخوف من المجهول ، ومما لا يمكن التنبؤ به (**ب.ب. ولمان ، ١٩٩١، ١٧٤**) .

والخوف من الحيوانات مثل القطط ، أو الكلاب ، والعنكبوت ، والصراصير منتشر بين الأطفال فيلاحظ أن بعض الأطفال يخاف من الكلاب سواء كانت أليفة أو ضارة فلا يقربونها ، وقد يرتعدون خوفاً لرؤيتها ، ويقال عن هذا الخوف أنه موضوعي إذا لم يكن الطفل ألف منظر هذا الحيوان من قبل ، أو كان الكلب مخيف المنظر فعلاً ، وقد يتطور الخوف من الحيوانات إلي الخوف من شكل الفراء والمعاطف المصنوعة منه ، ثم الخوف من الطيور نتيجة منظر الريش عليها (**زكريا الشربيني ، ٢٠٠٢ ، ١٠١**) .

٤- الخوف من الإصابة

يُعد الخوف من الأذى والإصابة شائعاً لدي جميع الكائنات البشرية وكثيراً من قلـق الأطفـال يتركـز حـول أجـسامهم ، فنجـد أن خـوف الطفـل مـن عيـادة الطبيـب أو المستشفي يوضح الجهد الذي يبذله الطفل في الابتعاد عن كل ما يسبب له الضرر ، فلعله يكون قد حدث له ما يؤلمه في مثل هذه الأماكن ذات مرة أو قد يكون حدث لشخص آخر يعرفه ، لذا فهو يعمل دائماً علي تجنب هذه الأماكن ، وقبل أن يتمكن الطفل من الكلام يستمد الأمن والطمأنينة في عيادة الطبيب بين ذراعي أمه ، ومن نغمة صوتها المهدئة فوجود الأم هام جداً كلما تعرض الطفل للألم (**هيلين روس ، ١٩٨٦ ، ٥٢، ٥٩**).

والشعور بالألم والخوف من الألم يختلفان ، فالشعور بالألم يرتبط بالدرجة الأولي بالناحية الجسمية ، أما الخوف من الألم فإنه يرتبط بالدرجة الأولي بالناحية النفسية فهو يختزن الخبرات التي مر بها أو قل أن تلك الخبرات الجسمية تنعكس علي صفحات

وجدانه وتترسب هناك ، بحيث تأتي له حصيلة خبرية تتعلق بمفهوم الألم فهو لا يحس فقط بالألم بل أنه يشكل له مفهوماً في ذهنه (**يوسف ميخائيل ، ١٩٩٠ ، ٧٩**).

ويصف بيري المرآة التي تظهر سلوكات الإصابة ، والهلع ، والتقيؤ كرد فعل للخوف من السفر باستخدام الأتوبيس (*Perry, 1990*).

٥- الخوف من الظلام

الخوف من الظلام ينتشر انتشاراً شديداً بين الأطفال ، ويُعتبر خوف الطفل من الظلام بدرجة معقولة خوفاً طبيعياً ، لأنه يجعله يعيش في المجهول ، فلا يمكنه التعرف علي ما حوله ، فيخاف الاصطدام بشيء أو الإصابة من شيء ما يعترضه أما الخوف المبالغ فيه من الظلام لارتباطه بذكريات مخيفة فإنه خوف مرضي لا يستند إلي أساس واقعي ، ولا يمكن ضبطه أو التحكم فيه (**ملاك جرجس ، ١٩٧٧ ، ٢٣**).

وقد يرتبط الخوف من الظلام في ذهن الأطفال بالعفاريت والشياطين واللصوص وهذا أمر طبيعي في مرحلة الطفولة ، لكن إذا تعدي هذا الخوف الحدود المعروفة يصبح أمراً شاذاً ، وقد يرجع الخوف من الظلام إلي خوف الأهل من الظلام ، وفي هذه الحالة تنتقل العدوى عن طريق الإيحاء ، يضاف إلي ذلك عملية التخويف التي يمارسها الأهل والأخوة الكبار بطريقة المداعبة ، وخاصة أثناء الظلام ، فالطفل في هذه الحالة شديد التهيؤ لاستقبال أي فكرة عن الأشياء المخيفة والاقتناع بها (**محمد أيوب ، ١٩٩٤ ، ١٠٣**).

والأطفال الذين يرفضون النوم في الميعاد قد يتصنعون الخوف من الظلام سبباً لذلك ، لأنهم لا يحبون أن يتركوا المرح الذي يجدونه في مصاحبه الكبار وقد يكون لدي الطفل مخاوف حقيقية ، فالظلام في نظرهم هو المكان الذي تكمن فيه المخاوف في انتظارهم،فهم يشعرون بأنهم يخافون شيئاً ما قد يصيبهم في الظلام(**هيلين روس**،١٩٨٦، ٢٣) .

وقد يرتبط الخوف من الظلام في ذهن الأطفال بالعفاريت والشياطين واللصوص وهذا أمر طبيعي في مرحلة الطفولة ، لكن إذا تعدي هذا الخوف الحدود المعروفة يصبح أمراً شاذاً ، وقد يرجع الخوف من الظلام إلي خوف الأهل من الظلام ، وفي هذه الحالة تنتقل العدوى عن طريق الإيحاء ، يضاف إلي ذلك عملية التخويف التي يمارسها الأهل والإخوة الكبار بطريقة المداعبة ، وخاصة أثناء الظلام ، فالطفل في هذه الحالة شديد التهيؤ لاستقبال أي فكرة عن الأشياء المخيفة والاقتناع بها (**محمد أيوب ، ١٩٩٤ ، ١٠٣**).

٦- الخوف من الأماكن المرتفعة

تتضح مظاهر الخوف المرضي من التواجد في ارتفاعات كبيرة أو التطلع منها إلي أسفل فإن المريض يفزع إذا تطلع من نافذة عالية ، وتضعف ساقاه عن حمله ويرتعش ، وقد يشعر بالدوار ويغشي عليه ، وتفسر بعض الحالات بأن الهلع أو الخوف الذي ينتاب المريض هو في الواقع خوف من دوافعه التدميرية ويثبت التحليل النفسي أن هذا الخوف عند البعض هو خوف من رغبات لا شعورية في الانتحار أو في إلحاق الأذى بالنفس بسبب مشاعر ذنب مكبوتة (عبد المنعم الحفني ، ١٩٩٥ ، ٥٦١-٥٦٢).

٧- الخوف من المدرسة

يتولد الخوف من المدرسة عن إجبار الطفل علي الذهاب إلي المدرسة مخاوف لا عقلانية وقلق حاد، ويصاب الطفل بنوبة فزع ، وقد يصرخ ويلتصق بأمه عندما يدخل المدرسة لأول مرة ، ويظهر أعراض جسمية أليمة ، وحادة متنوعة بسبب رفضه الذهاب إلي المدرسة ، ويتسم أداءه الأكاديمي بالتأخر ، وتكون علاقاته مضطربة مع أقرانه ، واتجاهات سلبية نحو المدرسة *(Mcdonald & Sheperd, 1976, 291-292)*.

ويرفض الطفل الذهاب إلي المدرسة حيث تكون أمهاتهم متسامحات أو أنهن تميلن إلي التدليل الزائد ، وتتغاضين عن غياب الطفل المتكرر ، رغم علمهن ، فهناك من الآباء من يتسامح مع الطفل عندما يبقي في المنزل ولفترات طويلة بعيداً عن المدرسة *(Cleland & Swartz , 1982 , 292)* .

٨- الخوف من الوحدة

إن ترك الطفل بمفرده يُعد أسوأ شيء يمكن أن يحدث للطفل ، وذلك لأن حصوله علي ما يحتاج إليه من طعام بل ووجوده في حد ذاته يتوقف علي الرعاية الأبوية ، والأمر الذي يلزم التأكيد علي أهميته بكل إلحاح ، هو أنه بالرغم من أن الأبناء يستهجنون سلوك الطفل كل حين وآخر ، فإنهم يجب ألا يستهجنوا الطفل نفسه إطلاقاً أو يهددوه بتركه بمفرده (ب. ب. ولمان ، ١٩٩١ ١٤٦-١٤٧).

٩- الخوف من الموت

يخاف أغلب الأطفال من الموت فإذا فوجئ الطفل بموت عزيز لديه وكان يعيش في أسرة يخاف أحد الكبار فيها من الموت خوفاً واضحاً ومعروفاً فإن وفاة القريب أو العزيز تهز شعور الطفل بالأمن والطمأنينة ، خصوصاً لو كان من توفي والده أو والدته وشعر أثر الوفاة بنقص في الرعاية ، والحماية التي كان يلقاها عندئذ نجد أن الطفل يشعر أن الموت

قد يحدث له بل يتوقعه ويخاف منه وقد يستمر هذا الخوف لعدة سنوات (ملاك جرجس، ١٩٧٧، ٤٢).

وموت الشخص الكبير الذي يحبه الطفل والذي يعتني به، وإهماله وهجرانه لشخصه، وهو لا يستطيع أن يقاوم هذه الأفكار الحزينة، لذا فهو يدفنها في أعماق ذاته حيث تنمو أحياناً وتنفجر بعد زمن إذا ما صادف الطفل ضغطاً قوياً من الخارج حتى ولو حدث ذلك متأخراً عند بلوغه (هيلين روس ١٩٨٦، ٤٠).

وعالم النفس إريك فروم يقيم تعارضاً بين النزوع نحو الحياة والنزوع نحو الموت، ولكن لا علي أساس بيولوجي أو غريزي كما فعل فرويد مثلاً بل علي أساس سيكولوجي أو أخلاقي، وهو يري أن النزوع نحو الحياة نزوع ايجابي إنتاجي بناء، بينما النزوع نحو الموت نزوع سلبي تخريبي هدام، ولهذا تراه يقرن النزوع نحو الحياة بمعاني القوة والمحبة، والخير، والفضيلة، بينما تراه يقرن النزوع نحو الموت بمعاني العنف والكراهية والشر والرذيلة (مصطفي غالب، ١٩٩١ ٧٧).

ويبدو الخوف من الموت واضحاً في حالات الحروب، وخاصة بين الجنود الذين يرسلون إلي ميدان القتال، وهو شائع بين الناس عامة(محمد نجاتي ،٢٠٠١ ٧٥-٧٦).

١٠- المخاوف الوهمية

تنبع المخاوف الوهمية من قدرات الطفل الإدراكية غير الكافية، وغالباً ما يسئ الطفل تأويل الأحاديث الأبوية التي يسترق سمعها، فأحياناً يقول الآباء أشياء مخيفة في وجود الطفل كما لو كان غير موجود، أو كان أصماً، ومع ذلك فإن معظم المخاوف الوهمية لدي الأطفال تُعد من نتاج تطورهم العقلي (ب.ب.ولمان ١٩٩١، ٢٠١-٢٠٢).

وانتهت نتائج دراسة فاندنبرج *(Vandenberg , 1993)* إلي أن مخاوف الأطفال العاديين تختلف تبعاً للعمر الزمني، وقد قرر هؤلاء الأطفال وجود مخاوف أقل تتصل بالمخلوقات الوهمية.

معدلات انتشار المخاوف المرضية المحددة

الأولاد والبنات تكون مخاوفهم متساوية وعلي الأقل نصف الأطفال عندهم مخاوف عامة مثل الخوف من الكلاب والظلام والرعد والأشباح، بينما ١٠٪ من الأطفال عندهم مخاوف خطيرة إن المخاوف مألوفة عند الأطفال في سن (٢-٦) سنوات وبين سن (٢-٤) يخافون من الحيوانات والعواصف والظلام والغرباء (شيفر، مليمان، ٢٠٠٦، ٩٢).

وقد انتهت نتائج دراستي أوست *(Öst , 1987 ; 1991)* إلي أن المخاوف المرضية من الحيوانات تكون في عمر ٧ سنوات ، والمخاوف المرضية من رؤية الدم تكون في ٩ سنوات ، والمخاوف المرضية من الأسنان في عمر ١٢ سنة ، بينما المخاوف المرضية من الحقن تكون بين ٧ -٩ سنوات. ومعدلات انتشار المخاوف المحددة تبلغ ذروتها في المرحة ما بين ١٠-١٤ سنة *(Burke et al ., 1991)* .

وقُدر انتشار المخاوف المرضية المحددة بنسبة ٢،٤٪ للأطفال فوق سن الحادية عشرة من العمر*(Anderson et al ., 1987)* بينما كانت ٣،٦٪ للأعمار ما فوق (١٥) سنة وقد قدرت نسب انتشار اضطراب القلق الزائد ، والقلق المعمم وقلق الإنفصال ، والمخاوف المرضية المحددة في حوالي ٥٪ من الأطفال ، وقُدر نسب انتشار الخواف الاجتماعي ، واضطراب الهلع ، واضطراب التجنب في الأطفال بأقل من ٢٪ *(Costello & Angold, 1995)*

وقد وجدت المخاوف المحددة بدرجة دالة مع الفوبيا الاجتماعية فكانت نسبتها (٧،٢) ومع قلق الانفصال فكانت نسبتها (٤،٧)(Lewiston et al ., 1997) .

المحكات التشخيصية للمخاوف المرضية المحددة *(DSM-IV-TR ,2000)*

أ- خوف مثابر أو متواصل وواضح ، مبالغ فيه وغير منطقي يحدث بسبب وجود أو توقع موضوع أو موقف محدد (**الطيران أو المرتفعات أو الحيوانات أو الحقن أو رؤية الدم**).

ب- التعرض للمثيرات الباعثة علي الخوف المرضي مما يولد عادة ، وبشكل متباين استجابة قلق مباشرة ، والتي قد تأخذ شكل نوبة هلع مرتبطة بموقف أو يهيئها موقف لنوبة هلع .

لاحظ أنه : من الممكن أن يُعبر الطفل عن خوفه من خلال البكاء أو نوبات الغضب أو التجمد .

جـ- الفرد يعرف أن الخوف مبالغ فيه أو أنه غير معقول.

لاحظ أنه : هذه السمة ربما تكون غائبة عند الأطفال.

د- المواقف التي تثير المخاوف المرضية يمكن تجنبها أو تحملها مع الإحساس بالآسي النفسي والقلق الشديد .

هـ- التجنب أو التوقعات المقلقة أو الآسي النفسي في المواقف المخيفة يعطل بدرجة دالة المهام الروتينية العادية للفرد ، والمهام الوظيفية والأكاديمية والأنشطة

الاجتماعية أو العلاقات مع الآخرين ، أو حدوث أسي نفسي يدور حول ما يشعر به مخاوف مرضية.

و- في الأفراد الأقل من ١٨ سنة تستمر هذه الأعراض مدة ٦ أشهر علي الأقل.

ز- القلق أو نوبات الهلع أو خوف التجنب المرضي المتعلق بموضوعات محددة أو مواقف لا تعزي علي نحو جيد باضطراب عقلي آخر مثل(**اضطراب الوسواس القهري حيث الخوف من القذارة لدي شخص ما يعاني من وساوس من التلوث**) أو اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة مثل (**تجنب الفرد المثيرات المتعلقة بضغوط شديدة**) أو اضطراب قلق الانفصال مثل(**مثل عدم الذهاب إلي المدرسة أو تجنبها**) أو الخواف الاجتماعي مثل (**تجنب المواقف الاجتماعية بسبب الخوف من الارتباك**) واضطراب نوبة الهلع مع فوبيا الأماكن العامة أو الفوبيا من الأماكن العامة بدون تاريخ من اضطراب الهلع).

التشخيص الفارقي للمخاوف المرضية المحددة

عادة ما يلاحظ غياب أعراض نفسية أخري ، علي العكس من رهاب الخلاء أو الرهاب الاجتماعي ، وإذا وصل الاقتناع بالمرض إلي شدة اليقين الضلالي ، عندئذ يستخدم تشخيص اضطراب ضلالي(**أحمد عكاشة ، ٢٠٠٣ ، ١٦٤**).

أسباب حدوث المخاوف المرضية المحددة

تتوافر عدة من الاتجاهات والنماذج التي تفسر نشأة المخاوف علي النحو التالي:

١- الاتجاه الحيوي في تفسير المخاوف

يفسر سيلجمان *Seligman , 1971* **المخاوف علي أنها** استعداد وراثي *Preparedness* فالكائنات العضوية لديها استعداد أو تهيؤ وراثي لنشوء وتطوير بعض المخاوف بحيث تكون أكثر تأهباً للاستجابة لها بالمقارنة من الآخرين ، فقد هيئتنا نشأتنا السابقة لكي نخاف من الأشياء أو المواقف التي ارتبطت لدينا بالخطر فتعلمنا الخوف منها ومحاولة الابتعاد عنها بغرض المحافظة علي بقاء النوع .

٢- الاتجاه السيكودينامي

الفوبيا هي طريقة لنقل القلق العصابي من داخل النفس وبطريقة لا شعورية إلي مصدر خارجي محدد أو موقف معين(**محمد السيد ، ٢٠٠٠ - أ ، ٩** [illegible]

قد أفاد **فرويد** أن الخوف من الخيل والعربات أو [illegible] ليس منطقياً إلا أن الصبي خائف ، وعلي ذلك فربما يكون خائفاً من شيء آخر [illegible] مهما يكن "هذا الشيء الآخر" فلا بد أن يكون السبب الرئيس للخوف(**فورجيوني وآخرون ٢٠٠٥ ، ٤٧**).

ويري أدلر أن الفوبيا ربما تعبر عن رغبة في الأمان ، كالمرأة التي تخاف الخروج إلي الشارع بمفردها تحتاج إلي زوجها لأن يكون بجانبها حتى يشعرها بالأمان (**محمد السيد** ، ١٩٩٨ ، ١٨٣).

٣- اتجاه أصحاب نظرية التعلم

أ- نظرية الاشراط الكلاسيكي

أجري واطسن مؤسس السلوكية ورينر *Watson & Rayner* **دراسة للخوف علي الطفل ألبرت** ، كان ألبرت في شهره الحادي عشر عندما قام العالمان السلوكيان "واطسون واينر بتعريضه لفأر أبيض ، لم تثر رؤية الفأر في البداية أي مشاعر بالقلق أو الخوف لدي ألبرت إلي أن قام العالمان بتقريب الفأر حتى يصبح في متناول ألبرت الذي مد يده اليسري يلمس الفأر ببراءة ، وفي هذه اللحظة أطلق المجربون صوتاً عالياً حاداً من خلف رأس ألبرت عندها قفز الطفل فزعاً مشيحاً برأسه وجسمه كله عن الفأر ، تكرر هذا الإجراء ، وبمرور الوقت تحول مشهد الفأر المحايد إلي مصدر للخوف الشديد عند الطفل ، وبعد سبع مرات من تعريض الفأر مقروناً بهذا القرع بدأ ألبرت يصرخ وعمم خوفه نحو كل الأشياء ذات الفراء كالأرانب(**عبد الستار إبراهيم** ، ١٩٨٠ ، ٧٧).

ويعد عمل واطسون هام لأنه غير النظرة إلي علاج الخوف من النموذج الطبي كالذي استخدمه فرويد إلي نموذج التعلم ، ونموذج التعلم أفضل في كثير من النواحي فهو يشتمل علي افتراضات أقل حيث لا توجد حاجة لافتراض أسباب خفية ، وهو يشرح الظاهرة مباشرة أكثر منه بصورة غير مباشرة أو رمزية كما في منحي فرويد(**فورجيوني وآخرون**، ٢٠٠٥ ،٤٩).

ب- نظرية الاشراط الإجرائي

يؤدي التعلم الشرطي الإجرائي إلي تكوين بعض الاستجابات الفوبية فقد أشار جرازيانو وآخرون*(Graziano et al , 1979,806)* إلي دور التعزيز الاجتماعي المتمثل في الانتباه والالتفاف من جانب الوالدين لسلوك الطفل من الممكن أن يكون مصدراً هاماً لتكوين المخاوف لدي أطفالهم ، فالأطفال من الجائز أو من المحتمل أن يتعلموا الخوف من خلال ملاحظة آبائهم أو من خلال ملاحظة أشخاص آخرين مهمين في حياتهم والذين يكافئون السلوك المخيف لديهم.

جـ- نظرية العاملين *Two-factor theory*

تعتبر نظرية مورر*(Mower)* دمجاً للاشتراط الكلاسيكي والإجرائي فهي تتضمن عاملين : يشير العامل الأول إلي أننا نتعلم الخوف من وجود المثير المخيف من خلال عملية

الاشراط ، ويشير العامل الثاني إلي أن خفض الخوف والقلق يكون من خلال الهروب وتجنب الموقف المثير ، وهذا يؤدي إلي حدوث تحسن وتجنبك للموقف المخيف يؤدي إلي خفض المخاوف وهذا يمثل مكافأة *(Houston et al ., 1979 , 570)*.

د-نظرية التعلم بالملاحظة

يعتقد عالم السلوك ألبرت بندورا أنه يمكن التعلم مباشرة من خلال ملاحظة الآخرين أو ما يسمي التعلم بالنيابة أو العوض ، وأن التعلم بالملاحظة يختصر عملية التعلم فيشير إلي أنه إذا كان علي الفرد أن يعتمد كلية علي أفعاله ليتعلم ، فإن معظمنا لن يعيش عملية التعلم(**لندا .دافيدوف ، ١٩٩٧ ، ٢٣٨**).

ه- النظرية المعرفية

للنظرية المعرفية دوراً هاماً في تفسير السلوك الفوبي ، والتي تم صياغتها من خلال المعالجين السلوكيين المعرفيين ، والعديد من الدراسات التي أُجريت علي اختبار هذه النظرية أشارت في مجملها إلي أخطاء في التفكير مثل تكوين الاتجاهات السلبية للذات ، والمعتقدات اللاعقلانية ، وفي ضوء هذه الرؤية تسبق الأفكار الخاطئة السلوك الفوبي *(Emmelkamp, 1985 , 351)*.

و- النموذج الثقافي الاجتماعي

النقد والتوبيخ الزائد ربما يقود الأطفال إلي الشعور بالخوف يشعر الأطفال بأنهم لا يمكن أن يعملوا شيئاً بشكل صحيح ويبدون بأنهم يتوقعون النقد ولذلك فإنهم يخافون ويتذللون،إن التهديد المستمر علي الأخطاء يقود إلي الخوف والقلق(**شيفر، مليمان ،٢٠٠٦،٩٦**).

من ناحية أخري فإن العوامل الثقافية قد تلعب دوراً بارزاً في حدوث المخاوف ، فالوضع التقليدي للمرأة يشير إلي أن مكانها المفضل هو البيت وأن الأب يمثل دور المسيطر في الأسرة، وكذلك تلعب الأدوار الجنسية التي تعزو وجود المخاوف لدي الإناث في حين أن الرجال في المجتمع يحرم عليهم أن يظهروا خوفهم ، لأنهم مجبرون علي الانصياع للضغوط الاجتماعية التي تتطلب المواجهة *(O'suilivan , 1996 , 287)* .

علاج المخاوف المرضية المحددة

العلاج السلوكي

تعتبر المخاوف المحددة واحدة من أكثر المشاكل النفسية التي تقبل العلاج بفعالية لاسيما باستخدام الفنيات السلوكية *(Taylor & Arnow , 1988 , 260-261)*.

ويمكن عرض بعض هذه الفنيات علي النحو التالي :

أولاً : الفنيات التي تعتمد علي الاشراط الكلاسيكي

١- فنية التخفيض المنتظم للحساسية:

يفضل استخدام فنية التخفيض المنتظم للحساسية والتي تستمد جذورها من التجارب التي أجراها ولبي في المعمل في أعوام (١٩٥٠، ١٩٥٢، ١٩٥٨) في علاج المخاوف حيث وجد تجريبياً أن استجابات القلق تكون مقاومة بدرجة كبيرة للعمليات السوية للانطفاء *(Wolpe, 1990 , 150-151)*. وتتضمن هذه الفنية ثلاث مراحل رئيسة علي النحو التالي :

(أ) الاسترخاء *Relaxation*

يستثير الموقف المخيف عدداً من الاستجابات الجسمية مثل التوتر العضلي ، والعرق ، تزايد ضربات القلب ، والتنفس ، وأعراض أخري والغرض من هذا الأسلوب هو إبدال الاستجابات الخائفة باستجابات الاسترخاء (**فورجيوني وآخرون** ، ٢٠٠٥ ، ٨٨).

من الثابت أن الزيادة الشديدة في التوتر العضلي تتوقف أساساً علي شدة الاضطرابات الانفعالية ، خاصة عندما يواجهه الفرد بمشكلات تتعلق بتوافقه وأن التوتر العضلي الشديد لا يساعد بل يضعف قدرة الكائن علي التوافق والنشاط البناء ، والإنتاج ، والكفاءة العقلية ، **ويعرف الاسترخاء بالمعني العلمي** : بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر(**عبد الستار إبراهيم** ١٩٨٠ ، ١٠٤).

ويرجع عدم استخدام الاسترخاء مع الأطفال إلي صعوبات تكمن في انخفاض قدرة المريض علي الاسترخاء ، والشعور بالقلق نتيجة فقدان الضبط المرتبط بالاسترخاء ، والعجز عن التخيل البصري أو العجز عن ضبطه، وفي حالة المرضي الذين يعجزون عن استخدام التخيل البصري ، فإنه لا يمكن استخدام هذا الأسلوب ، وقد يعدل إلي إزالة الحساسية في مواقف حية ، حيث تكون المنبهات المثيرة للخوف متاحة تحت ظروف مضبوطة ، فقد تعرض حيوانات أو موضوعات صغيرة علي مسافات تزداد قرباً من المريض بالتدريج خلال استرخائه (**لويس مليكه** ، ١٩٩٠ ، ٥٣-٥٤).

(ب) بناء المدرج الهرمي للمخاوف *The Construction of Hierarchies*

يقرر "ولبي" *(Wolpe , 1990, 160-161, 182)* أن **بناء** مدرج هرمي يبدأ في نفس الوقت مع تدريب الاسترخاء ، ويقوم المعالج بتصنيف مخاوف المريض في ثيما أو موضوع ، ويكون هناك أكثر من ثيما ، **ويستطرد قائلاً** : أنه ليس من الضروري أن يخبر

المريض كل المواقف الموجودة في القائمة ، **ولكن يمكن توجيه السؤال التالي** : إذا واجهتك مثل هذه المواقف هل أنت متوقع القلق ؟

ويشير ولبي إلي أن المعالج قد يجد نفسه بدون تقدم ملحوظ في العلاج بسبب أن قائمة المدرج الهرمي للمخاوف أو القلق لم تكن صحيحة في بنائها أو أن المحتوي الشائع للمخاوف كان خطأ .

(جـ) إقران المثيرات الباعثة علي القلق في المدرج الهرمي والاستجابة البديلة للقلق (الاسترخاء) *Counter Posing Relaxation and Anxiety- evoking Stimuli From The Hierarchies*

بعد الانتهاء من إعداد المدرج الهرمي للمخاوف ، تبدأ الجلسات العلاجية الأولي من التحصين ، فإن المريض الذي قد جري بالفعل تدريبه علي الاسترخاء يتم تنويمه مغناطيسياً ونطلب إليه أثناء غشيته التنويمية أن يسترخي بأعمق ما يمكن ، ثم نخبره بأننا سوف نطلب منه أن يتخيل عدداً من المشاهد التي سوف تبدو نابضة بالحياة ، فإذا شعر بالانزعاج من أي مشهد يكون عليه أن يرفع يده كإشارة ، ثم بتقديم أضعف المشاهد من المجموعات المدرجة ، الواحد بعد الأخر ولمدة تتراوح في العادة من ثانية إلي ثلاث ، ورفع اليد اليسري ، وعندما يكون الحكم بأن عدداً كافياً من المشاهد قد أُعطي للمريض يتم إيقاظه من غشيته التنويمية ويطلب منه أن يذكر كيف كان وضوح المشاهد ، وإن أي مشهد منها قد أثار لديه الانزعاج ، وفي الجلسة الثانية من التحصين يتم تقديم البند الذي يليه صعوداً في المدرج (**حسام الدين ، ١٩٨١ ، ١١٨-١١٩**).

ويشترط في استخدام أسلوب التخفيض المنتظم للحساسية ما يلي :

١- أن لا تعود المخاوف المرضية علي الشخص بأي مكاسب أساسية أو ثانوية.

٢- أن تكون مخاوف الشخص محصورة في المواقف التي تثيرها وليست بسبب عوامل اجتماعية أخري.

٣- أن يكونوا من المنتفعين بفائدة الأسلوب(**عبد الستار إبراهيم ، ١٩٨٠ ٩٦**).

٢- إزالة الحساسية الاتصالية *Contact Desensitization*

والأسلوب الأعظم نفعاً في العلاج السلوكي هو أسلوب إزالة الحساسية *Systematic Desensitization* للموقف أو الموضوع أو الشيء الذي يثير انفعال الفوبيا (**علي كمال ، ١٩٨٨-أ ، ١٩٤-١٩٥**) .

وإزالة الحساسية الاتصالية منهج يجمع بين إزالة الحساسية في مواقف حية وبين النمذجة ، ويسمي أحياناً النمذجة بالمشاركة أو النمذجة مع المشاركة الموجهة ، والجمع

بين إزالة الحساسية والنمذجة يزيد من قوة تأثير هذا المنهج الذي أعدته ريتر *Riter* **ويتكون من ثلاث خطوات رئيسة:**

١- يلاحظ العميل النموذج يقترب من موضوع الخوف .

٢- يساعد النموذج العميل في الاقتراب من الموضوع .

٣- يتواري النموذج تدريجياً ، كلما زاد اقتراب العميل من موضوع الخوف(**لويس مليكه ، ١٩٩٠ ، ٥٩**).

٣- المعالجة بالإفاضة (الإغراق أو الغمر) *Flooding , Implosion Therapy*

وهي طريقة يتم فيها التعرض السريع للمريض في مواجهة ما يفزعه بدون مقدمات من التراخي أو التدريج. وفي هذه الفنية فإنه يتم حدوث انطفاء من خلال غياب التعزيز العادي للمريض الذي يتمثل في السلوك التجنبي ، حيث يتجنب المريض الموقف المفزع ويهرب منه *(Kroger & Fezler , 1976 , 72)*

٤- التعرض المتدرج *Graded Exposure*

رغم كفاءة وفعالية فنية الغمر ، إلا أن مرضي كثيرين يرفضونه لما يسببه من شعور بعدم الراحة ، كما أنه قد يكون من غير الحكمة الاستعانة بهذا الأسلوب في الحالات التي يشكل فيها خطراً غير مأمون العواقب ، منها حالات أمراض القلب ، أو الحالات شديدة الاضطراب سيكولوجياً ، والتي يفجر فيها استخدام أسلوب الذهان ، والبديل الأكثر فعالية للغمر مع تجنب استثارة قلق شديد هو التعرض المتدرج(**لويس مليكه ، ١٩٩٠ ، ٦٥**).

ثانياً : الفنيات الإرشادية التي تعتمد علي نموذج الاشراط الإجرائي

في السنوات الحديثة أظهرت فنيات الاشراط الإجرائي فعاليتها في إزالة الكثير من السلوكات غير المرغوبة ، ويتطلب الاشراط الإجرائي أن تحدد بدقة السلوك المستهدف الذي نرغب في تعديله ، واستخدام استراتيجيات التدخل العلاجي ، وبناء الخط القاعدي ، وكذلك إدارة التعزيز(**الثواب ، العقاب**) *(Kroger & Fezler , 1976 , 320)*.

الفنيات الإرشادية التي تعتمد علي الاشراط الإجرائي هي :

التعزيز *Reinforcement*

إن الجوائز المادية ستكون نافعة جداً ، ويمكن تحديد سبب الخوف وزمانه ومكانه. وكون الطفل قادراً علي تحمل جزء من ذلك الموقف يجب مكافأته عليه والكثير من الأطفال يتمتعون بكسب الجوائز عندما يريدون إظهار كم هم شجعان مثلاً فإذا قالوا مرحباً لغريب فإنهم يكسبون ٥ نقاط ، وإذا أجابوا علي التليفون فإنهم يكسبون ١٠ نقاط

وإذا ما تحدثوا مع أناس مختلفين فإنهم يحرزون المزيد من الجوائز التي يمكن استبدالها بالألعاب(**سعيد حسني ، ٢٠٠٢-ب ، ٩٠**).

وقد استخدم التعزيز بأشكاله في علاج المخاوف المرضية لدي الأطفال العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة بنجاح فعلي سبيل المثال تشير دفني ونلسون *(Devany & Nelson , 1986 , 527-528)* إلي أن نجاح فنيات من قبيل : التشكيل ، والتخيل ، والتقليد تعتمد بشكل أساسي علي احتمالية تعزيز الاستجابة ونجد أن بعض الأطفال المتخلفين عقلياً الذين لا يستجيبون بصورة فعالة للأحداث الاجتماعية أو المعززات الاجتماعية مثل أقرانهم الأسوياء ، فهؤلاء الأطفال يحتاجون إلي معززات مادية لكي يمكنهم تعلم سلوكات مرغوبة.

وقد استخدم سُوزن ودانيل *(Susan & Daniel , 1975)* **التعزيز الايجابي في** علاج طفل متخلف عقلياً لتشجيعه علي استخدام المرحاض ، ونظافة نفسه ، وقد استطاع الطفل المتخلف عقلياً استخدام المرحاض بنجاح من خلال هذا الأسلوب.

الاقتصاد الرمزي أو بونات أو فيش التعزيز *Taken Reinforcement*

تُعتبر البونات معززات ذات طابع خاص فهي تشتمل علي تجميع نقاط أو عملات معدنية أو قطع بلاستيكية ملونة أو بطاقات أو ما شابه ذلك ، بحيث يمكن لمن يجمع عدداً معيناً منها أن يستبدل بها معززات أخري مثل الطعام أو الهدايا ، أو فرصة الاشتراك في نشاط أو رحلة (**محمد محروس ، محمد السيد ١٩٩٨ ، ٣٣٣**).

ويتميز التعزيز باستخدام الاقتصاد الرمزي من وجهة نظر أيلون وأزرين أنه يسمح بعبور فترة التأجيل التي تحدث بين ظهور الاستجابة المرغوبة وظهور المدعم ، وبالتالي يؤدي إلي تبلور الاستجابة ، وتأكيدها بقوة ، ويسمح بتدعيم الاستجابة في أي وقت تحدث فيه فورياً ، ويسمح بظهور سلاسل من الاستجابات القابلة للتدعيم دون تشتيت أو بتر ناتج عن ظهور المدعم ، ويساعد هذا الأسلوب علي تقوية فاعلية المدعم الذي تتأثر قوته للتشبع بالمنبه ، أو لتفضيل الفرد لمدعم دون الأخر ، ويكتسب قيمة واقعية أكبر من المدعمات الأولية المباشرة لأنه يمكن تطبيقه علي جماعات أكبر (**عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٤ ، ٤٨٠**).

ومن الدراسات التي أجريت في هذا الإطار دراسة مانسدورف *(Mansdorf , 1976)* حيث تم بنجاح علاج امرأة متخلفة عقلية ذات إعاقة عقلية خفيفة الدرجة كانت تعاني من مخاوف ركوب السيارة ، والسفر بعيداً عن المؤسسة ، وقد استخدم في هذه

الدراسة أسلوب التحصين المنهجي المعدل الذي يتكون من مزيج من فنية التعزيز الرمزي وبناء مدرج هرمي للمخاوف.

ثالثاً :الفنيات الإرشادية السلوكية التي تعتمد علي نموذج التعلم بالملاحظة.

تري هذه النظرية أن كثيراً من الأطفال يتعلمون من خلال الملاحظة وتقليد سلوك الآخرين إذا هم أتيح لهم ملاحظة هذا السلوك المنمذج يعزز (*Ambron , 1981 , 19*).

والمخاوف في الأطفال مثل التي توجد لدي الراشدين تستجيب بصورة أفضل للعلاجات السلوكية ولاسيما استخدام النمذجة ، حيث يتم تعريض الأطفال وتشجيعهم علي التقليد واستخدام النمذجة علي أن تكون تلك النماذج شيقة ، وجذابة ، وخالية إلي حد بعيد من الخوف ، إن استخدام النمذجة يمكن الأطفال أن يتغلبوا علي مخاوفهم .(*Rosenhan & Seligman , 1989 , 532*)

وقد استخدمت الفنيات التي تعتمد علي التعلم بالملاحظة بنجاح لدي كل من الأطفال العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة فعلي سبيل المثال نجح كل من جاكسون وهوبر (*Jackson & Hooper , 1981*) في علاج امرأة متخلفة عقلية كانت تعاني خوفاً شديداً من الكلاب باستخدام النمذجة ، وأمكنها أن تقترب من الكلب ولمسه.

٤- الخواف الاجتماعي *Social Phobia*

الخواف الاجتماعي مخاوف مرضية مستمرة وحادة ولا عقلانية (*Bruce &Saeed, 1991*) ويحدث للمريض الارتباك والشعور بالإحراج من تلك المواقف (سمير بقيون ، ٢٠٠٧ ، ٧٠).

ويتجنب مرضي الخواف الاجتماعي المواقف الاجتماعية لأنهم يخشون تدقيق وإمعان الآخرون فيهم ، ويقومون أنفسهم بطريقة سلبية ، والخواف من الآخرين يبدو بصور مختلفة فعلي سبيل المثال : تجنب بعض المرضي التحدث في الأماكن العامة حيث يشعرون بارتعاش أيديهم ، أو صعوبة في إصدار الأصوات كما يتجنب هؤلاء المرضي تناول الطعام في الأماكن العامة. فقد يجدون صعوبة في بلع الطعام(*Taylor &Arnow , 1988, 230*) .

كما أنهم ينسحبون من أنشطة المجموعة ، وهم يتشبثون بالراشدين المألوفين لهم ، وفي المدرسة يكون الرعب والخوف من الإجابة علي الأسئلة ، ويبقون علي صمتهم عندما يسألهم المعلم ، ويخشون القراءة أمام الفصل ، وزملائهم يسخرون أو يستهزئون منهم ، لأنهم يرفضون الذهاب معهم إلي الحفلات (*Cheng &Myers , 2005, 116*) .

والطفل المصاب بالخواف الاجتماعي عادة ما يتلجلج ويحمر وجهه وأذناه ويختفي البعض خلف المقاعد أو الستائر أو المناضد عند مواجهة الغرباء بالرغم من أنهم طبيعيون جداً بين ذويهم داخل المنزل. ويصبح الطفل منسجماً اجتماعياً مرتبكاً خجولاً عندما يكون في صحبة أناس غير مألوفين له ، ويصبح قلقاً عندما تفرض عليه الظروف أن يتفاعل مع غرباء ، وعندما يكون قلقه الاجتماعي شديداً قد يصمت لدرجة يظن معها أنه لا يستطيع الكلام رغم أن مهاراته الكلامية طبيعية (**محمود حمودة** ، ١٩٩١ ، ١٨٩).

ومن الراجح بصفة خاصة أن تسبب هذه المخاوف المرضية نوبات الدوخة والإغماء المنذر ، وعدم التوازن ، واستغراب الواقع والاختناق(**شهان** ، ١٩٨٨ ٧٣) ويري ماركس *(Marks, 1969 , 74)* أن النضج يلعب دوراً مهماً في بروز المخاوف من الغرباء ، فالطفل الرضيع يظهر خوفاً واضحاً في وجود أشخاص غرباء عنه .

وفي هذا الصدد يشير أمبرون *(Ambron , 1981 , 153)* **إلي أن الخوف** لدي الطفل الرضيع مرتبطاً بالخوف من الغرباء نتيجة لاتصالهم بهم ، فيبدي الطفل الرضيع خوفاً شديداً من رؤية بالغ غريب عنه في حالة وجود والديهم بجانبهم ، ويظهرون أمارات الحملقة ، ويركزون أعينهم في خوف منهم ، ويظلون بدون حركة لفترة قصيرة ، وهم علي هذه الحالة يبكون ويصرخون خوفاً وفزعاً وقد يلتصقون بآبائهم في خوف ، ويزداد الخوف من الغرباء بدرجة كبيرة عندما يكون الارتباط بين الطفل ووالديه وثيقة ، ويتأثر الخوف من الغرباء بالمركز وموقع الطفل في أسرته ، فيظهر الطفل الأول مخاوف حادة من الغرباء ، وتؤثر عملية الاتصال بين الطفل ووالديه في قدرة الطفل علي التعامل مع الغرباء بفعالية .

معدلات انتشار الخواف الاجتماعي

تبلغ معدلات انتشار الخواف الاجتماعي ١٣٪ *(Compton et al ., 2000)* وتبلغ هذه المعدلات علي مدار الحياة ١٣.٣٪ ، ويبلغ انتشاره خلال سنة واحدة في عينات مجتمعية ٧.٩٪ ، وتبلغ نسب انتشار الخواف الاجتماعي في المجتمعات الأوربية ما بين ٧٪ إلي ١٣٪ . ويحدث الخواف الاجتماعي في المرحلة العمرية الواقعة ما بين ١١ -١٩ سنة، وبداية حدوثه في مرحلة الرشد منخفض جداً فقد بلغت ٤-٥ لكل ١٠٠٠ حالة سنوياً وهذه الحالات الجديدة تكون ثانوية لاضطرابات أخري هي [illegible] الهلع ، واضطراب الاكتئاب الأساسي . وهو أكثر انتشاراً بين الإناث عن [illegible]ور، وأن ٨٥٪ من المرضي بالخواف الاجتماعي يخبرون صعوبات أكاديمية ومهنية تتضح من خلال عجزهم عن

مقابلة المطالب الاجتماعية للأمان واستمرارية العمل والعلاقات مع الآخرين (Bruce & Saeed, 1991; Furmark, 2002; Nelson et al ., 2000; Neufeld et al ., 1999)

المحكات التشخيصية للخواف الاجتماعي (DSM-IV-TR ,2000)

أ- خوف مثابر وواضح أو مميز لواحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو العملية يتعرض فيها الشخص لأشخاص غرباء أو غير مألوفين له أو احتمال إمعان النظر فيه من قبل الآخرين ، ومخاوف الفرد من أنه قد يتصرف بطريقة(أو يظهر أعراض القلق) مربكة ومخجلة .

لاحظ أنه : في الأطفال يجب أن تتوافر أدلة علي الطاقة الملائمة للسن في إنشاء علاقات اجتماعية مع الأشخاص المألوفين ، وأن القلق يجب أن يحدث في محيط الأقران ، وليس فقط في التفاعلات مع الراشدين.

ب- التعرض للمواقف الاجتماعية المخيفة بشكل ثابت أو دائماً تقريباً يثير أو يولد القلق الذي من الممكن أن يأخذ شكل نوبة هلع مرتبطة بموقف أو يهيئ لها موقف.

لاحظ أنه : في الأطفال من الممكن أن يتم التعبير عن القلق من خلال البكاء، أو نوبات الغضب أو بالتجمد أو الهروب من المواقف الاجتماعية.

ج- يعرف الشخص أن الخوف مبالغ فيه ، وأنه غير معقول أو منطقي. مع ملاحظة أن هذه الخاصية ربما تكون غائبة في الأطفال.

د- يتم تجنب المواقف الاجتماعية أو العملية المخيفة ، أو أنها تكون محتملة بشكل ما مع مزيد من الآسي والقلق النفسي .

هـ- التجنب أو التوقعات القلقة أو الآسي النفسي في المواقف الاجتماعية والعملية المخيفة تتدخل بدرجة واضحة وتكون معطلة للمهام الروتينية الاعتيادية للفرد ، والمهام الوظيفية والأكاديمية والأنشطة الاجتماعية أو العلاقات الاجتماعية مع الأخرى ، أو وجود انزعاج بَين من حدوث خواف.

و- في الأفراد الذين تقل أعمارهم عن ١٨ سنة تستمر الأعراض لمدة ٦ أشهر علي الأقل.

ز- الخوف أو التجنب لا يعزي إلي التأثيرات الفسيولوجية المباشرة (مثل تعاطي علاج طبي أو سوء استعمال مادة أو عقار) أو حالة طبية عامة ولا يفسر باضطراب عقلي آخر مثل اضطراب الهلع مع أو بدون الخوف المرضي من الأماكن العامة ،

أو اضطراب قلق الانفصال أو اضطراب تشوه الجسم ، أو اضطراب نمائي شامل أو اضطرابات الشخصية الفصامية.

جـ- إذا توافرت حالة طبية أو اضطراب عقلي آخر فإن الخوف في محك (أ) يكون غير مرتبط به مثلاً الخوف ليس من اللجلجة أو الارتعاش كما في مرض باركنسون أو في السلوك الشاذ للأكل كما في فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي.

التشخيص الفارقي

بالرغم من أن أعراض كل من الرهاب الاجتماعي ونوبات الهلع المصحوبة بالخوف من الأماكن الفسيحة تكون شديدة التداخل والتشابه . إلا أنه يمكن التمييز بينهما ففي نوبات الهلع تكون مرتبطة بالخوف من الأماكن العامة حيث يتم اختبارها على أنها تلقائية علي الأقل بعض الوقت ، بينما الفوبيا الاجتماعية تكون مرتبطة بحالات محددة *(Taylor &Arnow , 1988, 230)* ويعتمد التمييز بين الرهاب الاجتماعي واضطرابات الشخصية الهذائية بشكل أساسي علي قدرة الشخص في النظر إلي أن نوايا الآخرين لا يمكن أن تكون نوايا حقد عليه (**هوب ، هيمبرج ، ٢٠٠٢** ، ٢٣٧).

وفي التحفظ الاجتماعي السوي : حيث يكون الأطفال فيه بطيئين في عمل علاقة مع الناس الغرباء ، ولكن بعد وقت قصير يمكنهم الاستجابة للتفاعل مع الرفاق. وفي اضطراب قلق الانفصال يتركز حول الانفصال عن البيت أو عن شخص مرتبط به. وفي اضطراب القلق العام حيث يكون القلق غير مرتبط بالاحتكاك بالغرباء. وفي الاضطراب الاغتمامي ونوبات الاكتئاب الأساسي حيث يكون الانسحاب الاجتماعي موجوداً ولكن لا يرتبط بمواقف التجنب. وفي اضطراب التأقلم المصحوب بانسحاب يرجع لضغوط نفسية اجتماعية حديثة ويظل لأقل من ستة شهور(**محمود حمودة**،١٩٩١ ، ١٩٠-١٩١).

أسباب الخواف الاجتماعية

تلعب العوامل الوراثية دوراً معتدلاً في نمو المخاوف المرضية الاجتماعية في كل من الأطفال والراشدين ، وحددت نتائج الدراسات حدوث معدلات مرتفعة من الخواف الاجتماعي بين أفراد الأسرة الذين يعانون منها*(Fyer, 1993; Fyer et al ., 1995)* **ويقرر كيندلر وآخرون** *(Kendler et al ., 1992)* أن الوراثة تسهم بنسبة دالة في حدوث الخواف الاجتماعي بلغت ٠,٣١ في عينة من التوائم الأنثوية بلغ قوامها (٢١٦٣) وأن الوراثة تلعب دوراً واضحاً في حدوث الفوبيا وكذلك العوامل البيئة.

ويشير نيكولز *Nichols* إلي أن هؤلاء المرضي لديهم حساسية غير عادية للنقد ، وتقويم للذات منخفض ، وأفكار جامدة فيما يتعلق بالسلوك الاجتماعي *(Taylor &Arnow , 1988, 243)* ويرتبط الخواف الاجتماعي بتشوهات وتحيزات في تجهيز المعلومات الاجتماعية ، والأفكار ، والاتجاهات ، والمعتقدات *(Clark & McManus, 2002)*.

والأساليب التي تتخذها الأم في تربية طفلها يكون لها تأثير واضح في حدوث الخواف الاجتماعي علي سبيل المثال الحماية الزائدة *(Rapee & Spence , 2004)* كما تؤثر أحداث الحياة السلبية علي حدوث الخواف الاجتماعي مثل الطلاق ، والاضطرابات النفسية الوالدية ، وانهيار الزواج ، والصراع الأسري والإساءة الجنسية *(Chartier et al ., 2001 ; Kessler et al ., 1997 ; Magee , 1999 ; Stein et al ., 1996)*

علاج الخواف الاجتماعية

١- يستخدم دواء الفينيلزين *(Phenelzine)* في علاج الرهاب الاجتماعي بالإضافة إلي دواء البروبرانول *(Propranold)* والأدوية المضادة للاكتئاب ثلاثية الحلقات ، ويتم استخدام العلاج النفسي مع العلاج الدوائي وذلك بفنية التحصين التدرجي (عبد الكريم الحجاوي ، ٢٠٠٤ ، ٢٦٥) كما استخدم إعادة امتصاص السيروتونين في علاج الخواف الاجتماعي *Serotonin Reuptake Inhibitors (Zaider & Heimberg , 2003)*

٢- تعلم كيفية التحكم في القلق والهلع من خلال تدريبات الاسترخاء ، والتحكم في زيادة معدل التنفس ، والعلاج التدريجي في مواجهة المواقف المثيرة للخواف الاجتماعي ، ويتطلب تعريض المريض لجنسات تتراوح بين ١٦- ٢٤ جلسة بالعلاج السلوكي المعرفي والتي تتضمن التدريب علي المهارات الاجتماعية وإعادة البناء المعرفي *(Bruce &Saeed , 1991)* والتي ينتج عنه تغيير أنماط التفكير والمعتقدات الخاطئة والمغلوطة . والعلاج السلوكي المعرفي الجمعي للرهاب الاجتماعي والذي يتكون من ثلاثة عناصر أساسية هي(١) التعرض المباشر للمواقف الشبيهة بالمواقف المثيرة للخوف والرهاب الاجتماعي (٢) إعادة صياغة الأفكار معرفياً (٣) واجبات منزلية محددة للتعرض للمواقف المثيرة للخوف في الحياة الاجتماعية الواقعية(**هوب، هيمبرج ، ٢٠٠٢ ٢٥١**) ، (Zaider & Heimberg , 2003).

٣- **العلاج السيكودينامي(العلاج التعبيري المساند)** وقد طور هذا النوع من العلاج ليبورسكي(Luborsky, 1984) وهذا العلاج قصير المدى ويستغرق ٢٥ جلسة علاجية، وطويل المدى يتراوح ما بين شهور إلي عدة سنوات ، ويفترض ليبورسكي أن التهيؤ

البيولوجي النفسي الاجتماعي يلعب دوراً هاماً في انتقاء الأعراض ، وهذا النوع من العلاج يركز علي تناول لب العلاقات الصراعية المرتبط بأعراض المرض ، ومن ثم وضع الأهداف العلاجية ، والتدخلات التفسيرية لتحسين استبصار المريض ، وتدخلات المساندة لمساعدة المريض للتغلب علي الخواف الاجتماعي ، وقد نجح *(Leichsenring et al .,2007)* في علاج الخواف الاجتماعي باستخدام هذا الأسلوب.

٤- **العلاج الأسري** : علي الوالدين تدعيم الثقة بالنفس عند الطفل ، وهذه الثقة لا يمكن بناؤها عن طريق عمل أغلب الأشياء للطفل أو بإنقاذه بسرعة في المواقف العادية البسيطة أو بتدليله ، ولكن بتعريفه بانجازاته ونجاحاته وخلق مواقف تسد ثغرات فقدان الثقة التي لحقت بالطفل من قبل . كما ينبغي علي الوالدين تحاشي توجيه النقد للطفل ولا داعي لتصويب الأخطاء أو اللوم أمام الآخرين ، وعدم تذكيره بأوجه فشله بل يجب جذب انتباهه كي يري ويلمس بنفسه كم هو ناجح في أشياء للاعتزاز بها (**حسن مصطفي ، ٢٠٠٣-أ ، ٣٤٩**) .

وفي هذا الصدد انتهت نتائج دراسة ماتسون *(Matson , 1981)* إلي علاج الخواف الاجتماعي لدي ثلاثة متخلفات عقلياً يبدين نفوراً متزايداً من رؤية أو محادثة أو مجرد الاقتراب من أشخاص راشدين غير مألوفين لهم. وتم استخدام الفنيات التالية (النمذجة بالمشاركة ، والتدريب ، والتكرار وأسلوب التعرض بالمواجهة في الواقع ، والمعززات الرمزية والغذائية) .

٥- **اضطراب القلق المعمم** *Generalized Anxiety Disorder*

تعريف القلق المعمم

يعرف القلق المعمم علي أنه "التوتر وانشغال البال لأحداث عديدة لأغلب اليوم ، ولمدة لا تقل عن ستة أشهر ويكون مصحوباً بأعراض جسمية كتوتر العضلات ، والشعور بعدم الطمأنينة، وعدم الاستقرار، وبضعف التركيز،والشعور بالإعياء وهذه الأحاسيس كثيراً ما تؤثر علي حياة المريض الأسرية والاجتماعية والعملية" (**سمير بقيون ، ٢٠٠٧ ، ٧١**).

ويبدي الأطفال قلقاً متزايداً لا عقلاني عن الأحداث المستقبلية مثل القلق عند دخول المدرسة ، والتغيرات في الأعمال الروتينية الأسرية ، والأحداث الاجتماعية ، والحالة الصحية للأسرة *(Strauss , 1994)* .

معدلات انتشار اضطرابات القلق المعمم

تقترح الدراسات المسحية للمجتمع أن نسبة انتشار اضطرابات القلق المعمم بين الراشدين تتراوح ما بين ٣- ٥٪ ، وغالباً ما يبدأ اضطرابات القلق المعمم في مرحلة الرشد المبكرة بين ١٥ – ٢٥ سنة ، ولكن المعدلات تستمر في الزيادة بعد سن ٣٥ سنة ، وهذا الاضطراب أكثر انتشاراً لدي الذكور عنه لدي الإناث فتبلغ معدلات انتشاره علي التوالي (١: ٢) (Puri et al ., 2002 , 202, Kessler et al ., 2005-B).

المحكات التشخيصية للقلق المعمم (DSM-IV-TR ,2000)

أ- قلق وانشغال متزايد (**توقع كدر أو شر**) يدور حول عدد من الأحداث أو الأنشطة (مثل الأداء في العمل أو المدرسة ، ويحدث في معظم الأيام ولمدة لا تقل عن ٦ أشهر.

ب- يجد الفرد صعوبة في التحكم أو ضبط قلقه أو انشغاله هذا.

جـ- القلق والانشغال يكونا مصحوبين بثلاث أو أكثر من الأعراض الستة التالية :

لاحظ أنه : لتشخيص الاضطراب في الأطفال يكتفي بوجود عنصر واحد.

١- عدم الاستقرار أو الضجر أو أنه علي وشك السقوط أو علي حافة الخطر أو في حالة نفسية قلقة .

٢- الشعور بالتعب والإرهاق بسهولة.

٣- صعوبة التركيز.

٤- سهولة الاستثارة أو سرعة الغضب .

٥- التوتر العضلي .

٦- اضطرابات النوم (صعوبة الدخول في النوم ، أو الاستغراق في النوم والشعور بالضجر وعدم الاستقرار ، أو يكون النوم غير مريح أو مشبع) .

د- تركيز القلق والانشغال لا يقتصر علي أعراض اضطراب المحور (١) فعلي سبيل المثال القلق أو الانشغال لا يكون حول اضطراب الهلع كما في اضطراب الهلع أو حدوث ارتباك في وسط حشد من الناس كما يحدث في الفوبيا الاجتماعية ، أو يكون معرضاً للتلوث كما في اضطراب الوسواس القهري أو كونه بعيداً عن منزله كما في قلق الانفصال ، أو زيادة وزنه كما في حالة فقدان الشهية العصبي أو من شكوى بدنية متعددة كما في الاضطرابات ذات الصورة البدنية أو من حدوث مرض خطير كما في حالة توهم المرض ، أو قلق وانشغال لا يعزيان بشكل قطعي أثناء اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة.

هـ- القلق أو الانشغال أو الأعراض البدنية تحدث ألم نفسي إكلينيكي أو عجز في الأداء المهني أو الاجتماعي أو أي جوانب أخري هامة.

و- الاضطراب لا يعزي إلي تأثيرات فسيولوجية أو عقار أو حالة طبية عامة مثل زيادة إفراز الغدة الدرقية ، ولا يحدث بشكل خاص أو قطعي أثناء اضطراب المزاج أو اضطراب ذهاني أو اضطراب نمائي شامل أو منتشر .

التشخيص الفارقي

- ✓ **اضطرابات القلق المعمم** :يجب أن يتم تميزها عن الاضطرابات النفسية الأخرى لاسيما القلق ، ومن الأمراض البدنية التي تعطي أعراضاً متشابهة.
- ✓ **الاكتئاب** : الاكتئاب غالباً يميز عن اضطراب القلق من خلال الشدة المفرطة للأعراض الاكتئابية المرتبطة بأعراض القلق ، ومن خلال ظهور أعراض القلق قبل الاكتئاب في اضطرابات القلق المعمم ، وهذه الأعراض يتم الحصول عليها من المريض أو من خلال المحيطين به.
- ✓ **الفصام** : المرضي بالفصام يشتكون من القلق قبل أن يكشفون عن أعراض أخري من الفصام (Gelder et al ., 1999 , 107).

أسباب اضطرابات القلق المعمم

١- **تلعب العوامل الجينية** : Genetic Factors دوراً في حدوث القلق المعمم فقد وُجد هذا الاضطراب في الأقارب من الدرجة الأولي(Hettema et al ., 2001).

٢- **المنظور الاجتماعي الثقافي**: The Sociocultural Perspective طبقاً للنظريات الثقافية الاجتماعية فإن اضطراب القلق المعمم يكون أكثر احتمالاً أن يتطور في الأفراد الذين يواجهون بضغوط مجتمعية ، والمواقف التي تنذر بخطر حقيقي ، وأن الأفراد في البيئات المهددة يكونون أكثر احتمالاً أن يطورون التوتر والقلق.

٣- **المنظور السيكودينامي** : The Psychodynamic Perspective أشار فرويد إلي تفسير القلق المعمم عندما ميز بين ثلاث أنواع من القلق الحقيقي الواقعي والقلق العصابي والقلق الأخلاقي . في النوع الأول نحن نخبر القلق الواقعي عندما نواجه بخطر خارجي حقيقي ، ونخبر القلق العصابي عندما نُمنع بتكرار من خلال الوالدين أو الظروف من التعبير عن دفعات الهو ونخبر القلق الأخلاقي عندما نعاقب أو نهدد للتعبير عن دفعات الهو (Comer , 1998 , 161-163).

٤- أحداث الحياة السلبية المبكرة : Early Life Events ترتبط اضطرابات القلق المعمم بالتعلق غير الأمن بين الطفل ووالديه في مرحلة الطفولة و في مرحلة الرشد فإن هذا يتطور إلي معتقدات عن العالم علي أنه مكان للخطر ، وخبرات الطفولة الصدمية تكون لها تأثيرات كبيرة علي الأداء السلوكي والنفسي ، وكذلك حالات الانفصال الوالدي ، ونقص فرص التفاعلات الاجتماعية(Safren et al ., 2002).

علاج القلق المعمم

من الأفضل تقليل وصف الأدوية المضادة للقلق المعمم قدر الإمكان بسبب طبيعة المرض المزمنة ، مما يتطلب وضع خطة للعلاج بدقة ، وتعتبر مجموعة البنزوديزابين Benzodiazapines حالياً هي المجموعة المفضلة في معالجة القلق المعمم علي أن تعطي عند الحاجة أو تعطي لفترة محدودة ثم توقف ، وتستخدم المهدئات العظمي Antipsychotics بجرعات صغيرة في علاج القلق ، كما تستخدم مقفلاً مستقبلات البيتا الأدرينالية مثل دواء البروبرانولول Propranolol والأدوية المضادة للاكتئاب ثلاثية الحلقات(عبد الكريم الحجاوي ، ٢٠٠٤ ، ٢٩٣).

واهتمت الدراسات المبكرة لعلاج اضطرابات القلق العام باختبار وتقييم مدي فعالية العلاجات النفسية المتصلة بالاسترخاء العضلي العميق. كما ينبغي أن يركز العلاج علي الاستقلالية ، وتقدير الذات ، والسلوك المناسب للمرحلة العمرية (Bernstein et al ., 1997).

كما أن المزاوجة بين العلاج المعرفي الطبي غالباً ما تكون أكثر فعالية من أياً منهما بمفرده في خفض الاضطرابات النفسية والفسيولوجية المصاحبة للقلق المعمم(محمد السيد ، ٢٠٠٠-أ، ٢٦٣).

اضطراب انضغاط ما بعد الصدمات(Posttraumatic Stress Disorder (PTSD

اضطراب انضغاط ما بعد الصدمات هو اضطراب يحدث لدي الشخص بعد تعرضه لصدمة أو حادث شديد لا تستوعبها خبرة الشخص المعتادة ، ويمتاز بأعراض خاصة بعد تعرض لصدمة بعينها .

معدلات انتشار اضطراب انضغاط ما بعد الصدمات

تتراوح معدلات انتشار اضطراب انضغاط ما بعد الصدمات في الراشدين ما بين ١ إلي ١١.٢٪ (Klein &Alexander, 2009) وانتهت نتائج دراسة خميس (Khamis, 2005) إلي أن معدلات انتشار الاضطراب في مجموعة من الأطفال الفلسطينيين بلغ عددهم (١٠٠٠) طفل وتراوحت أعمارهم ما بين ١٢-١٦ سنة إلي أن (٥٤.٧٪) من العينة

يخبرون علي الأقل صدمة واحدة طوال حياتهم ، وأن (٣٤.١٪) يعانون من اضطراب انضغاط ما بعد الصدمات . وتشير الدراسات الحديثة عموماً إلي أن نسبة انتشار الاضطراب في المجتمع تتراوح ما بين ٢ إلي ١٥٪(Sadock &Sadock ,2003) ومعدلات انتشار اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة متساوي تقريباً بين الذكور والإناث (Breslay , 2002) مع أن الإناث يطورون هذا الاضطراب بعد حدوث الصدمة بمعدل مرتين مقارنة بالذكور (Stein et al ., 2000) .

المحكات التشخيصية أسباب اضطراب انضغاط ما بعد الصدمات وفقاً (DSM-IV-TR , 2000) .

ا- **يتعرض الشخص لحادث صادم يتوافر فيه ما يلي :**

١- يَخبر الشخص أو يشاهد أو يواجه حادث يتضمن الموت أو التهديد به أو إيذاء كبير أو تهديداً للتكامل الجسمي للذات أو الآخرين.

٢- تكون استجابة الشخص متضمنة علي خوف حاد أو عجز أو رعب.

لاحظ أنه : في الأطفال يكون تعبيرهم عن ذلك من خلال السلوك المتفكك غير المنتظم والمتسم بالتهيج .

ب- **يستمر إعادة معايشة الحدث الصادم بواحدة أو أكثر من الطرق التالية :**

١- **ذكريات مؤلمة** مقحمة ومتكررة للحادث تشتمل علي التخيلات والأفكار والادراكات. وفي الأطفال صغار السن يتم التعبير عنها في صورة ألعاب متكررة تحدث أو تقترن بثيما أو عناصر من الصدمة.

٢- **أحلام مؤلمة** متكررة للحادث وفي الأطفال من الممكن قد تكون هناك أحلام مفزعة ومخيفة بدون محتوي محدد.

٣- **يتصرف ويشعر الفرد كما لو كان الحادث الصادمي** قد عاد من جديد (يتضمن إحساس بإعادة معايشة للخبرة ، والهلاوس ، والخداعات ، والنوبات الهستيرية التفككية بما في ذلك تلك التي تحدث عند (**الإفاقة أو التسمم**).

٤- **ألم نفسي حاد** أو التعرض إلي تلميحات أو علامات داخلية أو خارجية ترمز أو تشبه جانباً أو مظهراً من الحادث الصدمي.

٥- **عودة للنشاط الفسيولوجي** عند التعرض للتلميحات أو العلامات الداخلية والخارجية التي ترمز أو تشبه جانباً أو مظهراً من الحادث الصدمي.

جـ- التجنب المستمر للمثيرات ذات الصلة بالحادث الصدمي مع لا مبالاة فيما يتصل بالاستجابة العامة (**لم تكن موجودة قبل الصدمة**) ، ويستدل علي ذلك بثلاثة أو أكثر من **العلامات الدالة التالية** :

١- يبذل الفرد جهوداً لتجنب الأفكار أو المشاعر أو التحدث عن الصدمة.

٢- يبذل الفرد جهوداً لتجنب الأنشطة والأماكن والناس التي تستثير الذكريات عن الحادث الصدمي .

٣- العجز عن استدعاء جانب هام من الحادث الصدمي.

٤- انخفاض واضح في الاهتمام أو المشاركة في أنشطة ذات أهمية.

٥- الشعور بالانفصال أو الجفاء في التعامل مع الآخرين.

٦- مدي مقيد من الانفعال (**مثل العجز عن أن تكون لديه مشاعر للحب**).

٧- إحساس متشائم أو مقتضب عن المستقبل (**مثل أن يتوقع عدم قدرته علي الحصول علي مهنة أو يتمكن من الزواج ، أو أن يعيش حياة طبيعية**).

د- أعراض مثارة أو مستمرة من الاستثارة المفرطة (**لا توجد قبل الصدمة**) **ويمكن الاستدلال عليها من خلال مؤشرين أو أكثر من التالي** :

١- صعوبة الدخول في النوم أو الاستمرار فيه.

٢- سرعة التهيج والاستثارة وانفجار الغضب .

٣- اليقظة المفرطة .

٤- صعوبة التركيز.

٥- استجابة فزع مبالغ فيها.

هـ- مدي الاضطراب (**الأعراض في ب ، جـ ، د**) تدوم لأكثر من شهر .

وينتج عن الاضطراب ألم إكلينيكي دال في الجوانب الاجتماعية ، والمهنية أو غيرها من المجالات الأداء الهامة .

حدد إذا كان :

- **اضطراب حاد** : إذا كانت مدة الأعراض أقل من ثلاثة شهور.
- **اضطراب مزمن** : إذا كانت مدة الأعراض ثلاثة شهور أو أكثر.
- مع **بداية متأخرة** : إذا كانت الأعراض حدثت بعد وقوع الصدمة بستة أشهر علي الأقل.

• القلق أو الاكتئاب أو الاضطراب العقلي العضوي يجب وضع هذه التشخيصات بنظر الاعتبار إذا حدثت بعد وقوع حادث صادم ، اضطراب التأقلم يكون الحادث الصادم في هذا الاضطراب أقل شدة وتستوعبه خبرة الإنسان المعتادة ، ولا يحدث معايشة للحادث مع غياب الأعراض المميزة لاضطراب انضغاط ما بعد الصدمات(عبد الكريم الحجاوي ، ٢٠٠٤ ٢٨٧-٢٨٨).

أسباب اضطراب انضغاط ما بعد الصدمات

١- تكاد ترتبط العوامل الوراثية بقوة بجميع أعراض الاضطراب. وبينت الأبحاث الحديثة أن انضغاط ما بعد الصدمات له أسباباً بيولوجية مختلفة فبمقارنتهم بمجموعات مرضية أخري ، وجد أن لديهم مستوي مرتفع من مجموعة هرمونات الكاتيكولامين Catecholamine (**الأدرينالين والنور أدرينالين**) والتي تعرف بهرمونات الطوارئ أو الضغوط حيث تعد الجسم لمواجهة المواقف الطارئة ، كما يبدون مستوي منخفض عن المتوسط في بقية الهرمونات وخاصة الكورتيزول الذي يعد أهمها في عملية التمثيل الغذائي ، وكنتيجة لذلك فإن نسبة الكاتيكولامين ضعف نسبة الكورتيزول لدي مرضي انضغاط ما بعد الصدمة بصفة خاصة دون بقية مجموعات مرضي القلق أو المجموعات التشخيصية الأخرى(محمد السيد ، ٢٠٠٠-أ ، ٢٦٩).

٢- الأحداث الصدمية الشديدة مثل حوادث السيارات أو الكوارث الطبيعية تكون معجلة بحدوث هذا الاضطراب ، والمخاطر التي يتعرض لها الفرد قبل حدوث الصدمة مثل التعرض لحوادث متعددة في الماضي ، أو المخاطر التي تعزي إلي سمات الشخصية مثل العصابية أو الانطوائية ، أو الذين لديهم أمراض نفسية .وهناك مخاطر أثناء الحادث مثل درجة التعرض للحادث الصدمي (**الشدة والمدى**) ، والخبرات المخيفة التي تترتب علي رؤية شخص ميت أو مصاب بجروح ، والمخاطر التي تلي الحادث الصدمي مثل مدي الإصابة البدنية جراء الحادث الصدمي (McFarlane, 2000; Maes, 2001 Maes et al ., 2001).

٣- انتهت نتائج سلمن(Solomon , 1995) إلي وجود ارتباط دال بين أحداث الحياة الضاغطة و(PTSD). وأشارت نتائج دراسة موزر وآخرون (Moser et al ., 2007) إلي وجود ارتباط دال بين المعارف السلبية عن الذات و شدة (PTSD).

العلاج

استعملت مضادات الاكتئاب لعلاج هذا الاضطراب ، ومن طرق العلاج السلوكي المعرفي تستخدم فنية التعريض التخيلي ، كما يمكن استخدام فنيات أخري تقوم علي المساندة الذاتية للأشخاص المصابين بانضغاط ما بعد الصدمة، ويعد نوعاً من المساندة العلاجية حيث تشارك مجموعات من الأفراد في مناقشات غير رسمية حول المشكلة مما يساعد علي زيادة فهم لمشكلته وزيادة ثقته بنفسه(محمد السيد ، ٢٠٠٠ –أ ، ٢٧٢) .

الوسواس القهري Obsessive Compulsive

تعريف الوسواس القهري

يعرف أنتوني وآخرون (Antony et al ., 1998,4) الوساوس علي أنه:

" أفكار مثابرة أو مستمرة ، واندفاعات ، وتخيلات تحدث بصورة متكررة وتخبر علي أنها اقحامية وغير مناسبة ، وينتج عنها الإحساس بالآسي"

ويعرف (أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢، ٨٧) القهر علي أنه: " سلوك حركي أو عقلي يتخذ شكلاً متكرراً ، وفي معظم الحالات يشعر الفرد بأنه مدفوع إلي تنفيذ الفعل القهري ، وذلك حتى يخفض أو يمنع الضيق أو الكرب الذي يصاحب الوسواس ، أو حتى يمنع حادثاً معيناً مفزعاً أو موقفاً مروعاً .

أما الجمعية الأمريكية للطب النفسي(DSM-IV-TR ,2000) فتعرف الوساوس علي أنها: " أفكار، واندفاعات ، وتخيلات متكررة ومستمرة وتحدد علي أنها مُقحمة وغير مناسبة ، وينتج عنها الشعور بالآسي النفسي الواضح"

وتعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-IV-TR , 2000) القهر علي أنه: "سلوكات متكررة أو تصرفات عقلية ، الهدف منها يكون منع حدوث أو خفض حدة الآسي النفسي ، ولا يكون مصدر للمتعة " .

واقتحام الفكرة التسلطية لوعي المريض ينتج كماً كبيراً من القلق ، ثم إن مقاومة هذه الفكرة في حد ذاتها تسبب القلق ، والفشل في طردها من الوعي يضاعف القلق وهو ما يحدث أيضاً في حالة الأفعال القهرية ، فمنع المريض لنفسه من تكرار الفعل القهري يولد كماً كبيراً من القلق ، واستسلامه لتكرار الفعل يقلل من نسبة ذلك القلق ، ولو حتى لفترة وجيزة ، المهم أن القلق يحيط بالأفكار التسلطية وبالأفعال القهرية (**وائل أبو هندي ، ٢٠٠٣** ، ٢٩٤) .

ويؤثر الوسواس القهري تأثيراً سلبياً علي الفرد ، فإن استهلاك الوقت في القيام بهذه الطقوس يمنع المبادأة ، والمثابرة في إنجاز الأهداف ، ويشعره بالتوتر والآسي ، والخجل والارتباك في علاقاته مع الآخرين (Masellis et al ., 2003) .

وخلصت نتائج دراسة أكديد وآخرون (Akdede et al ., 2005) إلي أن اضطراب الوسواس القهري يؤثر سلباً علي جودة الحياة . ويترب علي هذا السلوك الانسحاب من العلاقات الاجتماعية . والعجز عن إكمال الأنشطة اليومية الضرورية في الحياة (Gelder et al ., 1999 , 121 ; Hwang et al ., 1998).

أنواع الوساوس القهرية

ويمكن تقسيم أنواع الوساوس علي التالي:

أ- أفكار وسواسية :

* **الأفكار الوسواسية** : تكون كلمات أو أفكار أو معتقدات يتم التعرف عليها من خلال المريض ، مثل إقحام الأفكار في عقل المريض ، ويحاول المريض التخلص منها.
* **الاجترارات الوسواسية** : أفكار وأسئلة ومناقشات داخلية لا يمكن الإجابة عليها ولذلك يظل المريض في جدال مستمر لا ينتهي حولها ، وفي الاجترارات فهناك سلسلة من العمليات المبررة التي تبدأ بإقحام الأفكار .
* **المخاوف المرضية** : تكون مرتبطة بصورة وثيقة بالأفكار ، والاندفاعات والطقوس الحركية.
* اندفاعات وسواسية التي تحث المريض علي القيام بأعمال غالباً تكون عنيفة (Gelder et al., 1999, 120)

ب – أفعال قهرية :

يعرف فورست وهارلت (Frost & Harlt , 1996) سلوك التخزين أو تجميع الأشياء Hoarding علي أنه " تجميع أو تكديس الأشياء ، أو الفشل في إقصاء أو استبعاد عدد كبير من المتلكات غير المفيدة عن مكان المعيشة . ويصبح سلوك التكديس مشكل عندما يعوق أو يعرقل الأداء اليومي للفرد (Lane et al ., 1989;Thomas, 1997) كما أن له تأثيرات سلبية علي المتخلفين عقلياً الذين يعيشون في أوضاع حاشدة لأنه يتدخل في العلاقات مع الأقران وكذلك العاملين (Lane et al,1989) .

مظاهر التخزين

١- صعوبة اتخاذ قرارات متصلة بالتخلص من بعض الأشياء.

٢- جلب مواد يبدو أنها عديمة النفع إلي المنزل.

٣- يصبح المنزل مملوء بأكوام أو مجموعات من الأشياء.

٤- يكره الشخص أن يلمس الآخرون ممتلكاته.

٥- يجد الشخص نفسه عاجزاً عن التخلص من أشياء.

٦- يعتقد الآخرون بأن المجموعات التي يحتفظ بها الشخص ومقتنياته عديمة النفع (أحمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، ٩٦).

وفي سلوك المراجعة تظهر هذه الطقوس المرتبطة بالأدوات الكهربائية وغلق الأبواب، وهذه الأنماط الفرعية تتصف بالشك، وعدم الحسم اللذين يكونا في سلوك المراجعة أعلي مما وجد في سلوك النظافة ويستغرق وقت أطول، ويتطور ببطء، ويستدعي بعض المقاومة الداخلية ومصحوب بالتوتر والقلق (Rachman , 2002 , 627) .

وبعض الطقوس يكون لها ارتباط سهل الفهم مع الأفكار الوسواسية التي تسبقها فعلي سبيل المثال غسل الأيدي المتكرر يتبع الأفكار عن التلوث الطقوس الأخرى ليس لها هذا الارتباط أو الصلة علي سبيل المثال ترتيب الأشياء بطريقة محددة، فالفرد من الممكن أن يشعر أنه مُجبر علي تكرار هذه الأفعال عدد معين من المرات، فإذا حدث ما يعيق هذه السلسلة المتعاقبة، فإنه يبدأ التكرار من البداية (Gelder et al , 2006, 197) .

جـ- أفكار وأفعال قهرية مختلفة وهي الأكثر شيوعاً وهي تشمل الأفكار والصور والاندفاعات، واجترار الأفكار، والمخاوف القهرية، والطقوس الحركية (أحمد عكاشة، ٢٠٠٣، ١٧٠-١٧٤)، والخوف من عدوي التلوث، والغسيل المتكرر (Lane et al ., 1989 ; Thomas, 1997) والأذى، والجوانب البدنية والدينية (Stahl, 2000,337).

وهناك الوساوس العدوانية والجنسية، والوسواس المرتبطة بالبطء والتأكد، والدقة (Parkin , 1997) وقد أشارت نتائج دراسة (Rheaume et al .,2000) إلي أن الدقة تكون منبئ للميل للوسواس القهري في عينات غير إكلينيكية.

معدلات انتشار الوسواس القهري

تتراوح معدلات انتشار الوسواس القهري ما بين ١٪ إلي ٤٪ (Flament et al ., 1988; Heyman et al ., 2003; Hyman & Pedrick, 2005; Masi et al ., 2001; Osborne , 1998) ونسبة ٨٠٪ من الأفراد يعانون من الوسواس والقهر معاً، و٢٠٪ يعانون من الإصابة بالوسواس والقهر كلا علي حدة (Dumont , 1996).

وثلثي الأفراد يكون بداية حدوث الاضطراب لديهم مبكراً ويتراوح ما بين ٢٠- ٢٥، وهؤلاء الذين يبدون طقوس المراجعة يكون في وقت مبكر (١٨ سنة) , 2002 ., Puri et al)

219). وبداية الوسواس في مرحلة الطفولة يتباين بصورة كبيرة مع وجود دليل علي أن الأطفال في مرحلة الطفولة أعمار ٣ أو ٤ سنوات يطورون هذا الاضطراب:

(Geller et al ., 1998 ; Stewart et al ., 2004)

والذكور في مرحلة ما قبل البلوغ يكونون أكثر احتمالاً من الإناث في تطوير هذا الاضطراب ، وتبلغ النسبة ٣ : ٢ لكل من الذكور والإناث علي الرغم من أن النسب المقررة في مرحلة المراهقة تكون متساوية بين الذكور والإناث:

(Geller et al ., 1998; Swedo et al ., 1989)

والقهر من الممكن أن يحدث بدون وسواس ، وكذلك الوسواس يمكن أن يحدث بدون قهر (Wever & Rey , 1997) والوسواس التي تحدث بدون قهر تميل إلي أن تكون أكثر شيوعاً في مرحلة المراهقة من مرحلة الطفولة (Geller et al ., 2001) بينما حدوث القهر بدون وساوس يميل إلي أن يكون أكثر شيوعاً في الأطفال(Swedo et al ., 1989) .

أسباب الوسواس القهري

تتعدد أسباب الوسواس القهري فالمدخل البيولوجي يركز علي أن تطور الوسواس القهري يكون استجابة للاستعداد البيولوجي (Dinn & Haris, 1999) علي الرغم من أن الأساس البيولوجي لا يزال غير معروف بدرجة دقيقة (Stahl , 2000 , 337) .

وفي هذا يلعب العامل الوراثي دوراً مهماً في زيادة معدلات حدوثه بين الأقارب من الدرجة الأولي الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري وبين التوائم المتشابهة أكثر من التوائم الأخوية (غير المتماثلة) (Fadem & Simring , 1998 , 79) .

فهو يبلغ في التوائم المتماثلة (٣٢٪-٦٣٪) عنه في التوائم غير المتماثلة (٧٪) وإن كانت بعض الدراسات قد أشارت إلي غير ذلك ، وتكون العوامل الوراثية أكثر وضوحاً في الحالات التي يبدأ فيها ظهور الأعراض قبل سن الرابعة عشرة ، كما أن نسبة الإصابة بالوسواس القهري في أفراد عائلة المريض أعلي منها في أفراد المجتمع العاديين حيث وصلت إلي ٣٥٪ في الأقارب من الدرجة الأولي مقارنة بنسبة ١٪-٣٪ في أفراد المجتمع العاديين (وائل أبو هندي ، ٢٠٠٣ ، ٥٦) .

وقد أوضح المسح بانبعاث البوزترون عند مقارنة مرضي الوسواس القهرية بعينة ضابطة أن هؤلاء المرضي لديهم معدل مرتفع للتمثيل الغذائي للجلوكوز في الفص الأمامي للمخ والمر الحزامي الذي يربط الفص الأمامي بالأنوية القاعدية كما وجد أن زيادة معدل التمثيل الغذائي للجلوكوز ترتبط بحدة الوسواس القهرية وتبدي بعض مناطق المخ في

مرضي الوسواس القهري أنشطة شاذة اعتماداً علي نقص السيروتونين الذي يُعد أحد الناقلات العصبية (**محمد السيد ، ٢٠٠٠- أ ٢٧٨-٢٧٩**) .

ويشير سويدو (Swedo , 2002) **إلي أن** بعض حالات الوسواس القهري وبعض الاضطرابات الأخرى تنشأ من وجود عدوي سبحية طفلية تدمر النوى أو العقد القاعدية Basal Ganglia والبناءات المرتبطة بها. وهي مسئولة عن التحكم الحركي الأساسي ، والتحكم بالمعارف وهذه البناءات تستقبل الإسقاطات القادمة من معظم المناطق تقريباً في اللحاء ، وترسلها بالتالي إلي اللحاء الأمامي (**جون ر. أندرسون ، ٢٠٠٧ ، ٤٨**) .

ويشير (**وائل أبو هندي ، ٢٠٠٣ ، ١٥٠**) **إلي أن** الوسواس القهري ينتج من زيادة معدلات النشاط في قشرة المخ الحجاجية الأمامية والموجودة خلف الحاجبين والمسئولة عن إدراك الخوف والخطر. كما يظهر رسم المخ الكهربي (**جهاز تخطيط كهربائية الدماغ**) سرعة دخول المريض في نوم حركة العين السريعة Decreased Rapid Eye Movement (Fadem & Simring , 1998 , 79) .

ويشير (**عكاشة ،٢٠٠٣ ، ١٦٧**) إلي احتمال وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء المخ ، وتسبب هذه البؤرة حسب مكانها في اللحاء فكرة أو حركة أو اندفاعاً وتستمر هذه الدائرة الكهربائية في نشاطها رغم محاولة مقاومتها ، تماماً كما تتعطل الاسطوانة وتتكرر النغمة نفسها ، وتستمر إن لم يحركها الفرد إلي نغمة آخري .

وتشير فرضية نقص السيروتونين Serotonin والذي يعد أحد أهم الناقلات العصبية أن أكثر العقاقير تأثيراً وفعالية (**الكلومبراين**) في علاج حالات الوسواس القهري ترفع أو تزيد من نسبته (Stahl , 2000 , 339).وبالرغم من ذلك كانت الدراسات التي اهتمت بفحص تأثير السيروتونين علي الوساوس القهرية حاسمة فقد وُجد ارتباط بين التحسن في أعراض اضطراب الوسواس القهري وانخفاض في عمليات الأيض للسيروتونين(**زرجز ، فوا ، ٢٠٠٢ ، ٤٨٧**).

ويرجع الوسواس القهري كما تري نظرية التحليل النفسي إلي اضطراب في المرحلة الشرجية في تكوين شخصية الطفل (Puri et al . 2002 , 220) وقسوة رقابة الأنا الأعلى للفرد ، ولكل تصرفاته مما يخلق لديه الوسواس والشك في عدم قدرته علي التحكم في تصر[illegible]اقبتها (محمد عودة ، كمال مرسي ، ١٩٩٤ ٢٠٣).

وعـ[illegible]سواس القهرية يعكس السيطرة الكاملة للقلق والافتقار البين لتقدير المرء لذاته ، والذي ينتج عن عدم النجاح الواضح في إقامة العلاقات

البينشخصية ، وتتكون عمليات الأمان الناتجة من أفكار وأحداث وقتية تبدلت لا شعورياً إلي السلوك المثير للقلق ، وينظر سوليفان إلي عصاب الوسواس القهري علي أنه يتشابه في جوانب عدة منه مع الفصام وعادة ما يمثل سبباً(مقدمة) أو نتيجة لهذا الشكل من الأمراض الذهانية(محمد السيد ، ١٩٩٨ ، ٢٦١) .

كما تلعب حيلتي الإلغاء والعزل دوراً هاماً في الوسواس القهري , Esman, 2001) 321) حيث يقوم الفرد بسلوك قهري يلغي ما قام به فعلاً وكان غير مقبول شخصياً أو اجتماعياً، وأما العزل يتم تطويق الانفعالات والاندفاعات المثيرة للقلق وتسعي لعزلها ونحاول كبتها ، وحفظ الفرد من هذا القلق ، إذا نجحت هذه الحيلة جزئياً فقط ، وكان العزل غير كامل ، فإن بواقي هذه الانفعالات ، وفلول تلك الاندفاعات تتسلل مسببة الفكر الوسواسي والسلوك القهري (**حامد زهران ٢٠٠٥، ٥١١**) .

ويشير أدلر إلي أن السلوك القهري والأفكار القهرية يمكن أن تعبر عن المعاداة أو الكراهية أو الخصومة كما يحدث عندما تنجح امرأة غير سعيدة في إثارة زوجها بأن تقضي أيام كاملة في تنظيف منزلها (**محمد السيد ، ١٩٩٨ ١٨٢**).

ويعتقد أصحاب المدرسة السلوكية أن الوسواس يمثل مثيراً شرطياً للقلق وإذا ارتبط الفكر الوسواسي بمثير غير شرطي للقلق فإنه يصبح أيضاً مثيراً للقلق(**حامد زهران ،٢٠٠٥ ،٥١١**) .

وفي السلوك القهري يجاهد الفرد لخفض حدة القلق والشعور بالآسي الناتج عن الأفكار الوسواسية من خلال القيام بسلوك معين ، وخفض حدة القلق يعزز هذا السلوك القهري (Frost & Steketee , 2002).

أما النموذج المعرفي: فقد قدمت عدة تفسيرات معرفية لأعراض الوسواس القهري فيري كار ، ١٩٧٤ أن مرضي الوسواس القهري لديهم توقعات عالية غير عادية للنتائج السلبية ،وأنهم يبالغون في تقدير النتائج السلبية لعديد من الأفعال والتصرفات. وهو يذكر أن محتوي الوساوس يتضمن نمط مبالغة في الاهتمام والقلق الموجود لدي الأفراد العاديين بالصحة والموت ورفاهية الآخرين والجنس وما شبه ذلك. ويري أن مصادر قلق واهتمام مرضي الوسواس القهري مماثلة لمصادر قلق واهتمام مرضي اضطراب القلق العام ، ومخاوف الأماكن المفتوحة والمخاوف الاجتماعية . وفي هذا يتفق تفسير كار مع ما قدمه بيك Beck, 1976 والذي يري أن محتوي الوساوس يرتبط بالخطر في شكل شك أو تحذير

ولا يفرق كلا التفسيرين بين الوساوس المرتبطة بالتهديد والأفكار المرتبطة بالتهديد لدي مرضي المخاوف (زرجز ، فوا ، ٢٠٠٢ ، ٤٨٢).

ويرجع الوسواس القهري إلي التشويه المعرفي (Rachman & Shafran , 1999) ونمو الشعور المتضخم للمسئولية الشخصية من الممكن أن يكون مرتبط بدرجات مرتفعة من الشعور بالضمير الحي ، وبتكريس الوقت للعمل ، والإحساس الحاد من الالتزام الاجتماعي ، وبالتالي فإن إقحام الأفكار يترتب علي ذلك (Salkovskis et al ., 1999, 1060) .

كما انتهت نتائج دراسة كولز وهورنج (Coles & Horng , 2006) علي عينة من طلاب الجامعة بلغ قوامها (٣٧٧) إلي أن المعتقدات تنبئ بأعراض الوسواس القهري .بينما تشير نتائج دراسة ستيتشمن وودي (Szechtman & Woody , 2004) إلي أن الاضطراب الوظيفي في المعتقدات لا يلعب دوراً هاماً في حدوث أعراض الوسواس القهري.

وتظهر نظرية رتشمان أن سلوك المراجعة يحدث عندما يعتقد الأفراد أنهم يتحملون مسئولية كبيرة ، ويعملون علي وقاية الآخرين من الإصابة بالأذى ، فإنهم يشعرون بعدم الثقة بأن التهديد المدرك بشكل كافي تم استبعاده أو خفضه في محاولتهم للتيقن من غياب أو استبعاد الأذى يلجئون إلي تكرار عمليات المراجعة(Rachman , 2002 ,629) .

كما أن جمود التفكير لدي الأفراد يؤدي إلي استمرار أعراض الوسواس القهري (Schullz & Searleman ,2002) كذلك فإن فكرة الشعور بالآسي تُستجلب من خلال محتوي إقحام الأفكار ، وإدراك الفرد الذاتي لها (Rowa &Purdon , 2003) .

وانتهت نتائج دراسة نوردال وستايلز (Nordahl & Stiles , 1997) إلي أن الحماية الزائدة ، وانخفاض مستوي الرعاية الوالدية ترتبط ايجابياً بحدوث الوسواس القهري. وخلصت نتائج دراسة باركر وآخرون (Parker et al ., 1997) إلي عدم وجود ارتباط دال بين الوسواس القهري ومستويات مرتفعة من الحماية الزائدة والضبط.

كما أن الضبط الزائد للانفعالات ، قمع الطفل وحرمانه من التعبير عن ذاته ، وخاصة أسلوب الأهل في تدريب الطفل علي الطهارة والإخراج والنظافة في مرحلة الطفولة عجز الآباء عن خلق جو المرح والضحك ، بل ومعاقبة الطفل إذا فعل ذلك ، يدفعه إلي أن يمتص أوامر الأهل ونواهيهم بصورة شديدة جداً لدرجة أن كل حياة الطفل أصبحت لاستهداف رضاء الوالدين وموافقتهم مما يدفع الطفل للانخراط في سلوك سحري وطقوسي(**محمد قاسم ، ٢٠٠٤ ، ٣٠٤**).

كما أن الخبرات المبكرة للأمهات اللائي يتصفن بالوسواس من المتوقع أن ينقلن الميل للأعراض الوسواسية لأطفالهن من خلال التعلم الاجتماعي (Gelder et al ., 1999, 122) .

وانتهت نتائج دراسة كرومر وآخرون (Cromer et al ., 2007) إلي ارتباط دال إحصائياً بين أعراض الوسواس القهري وأحداث الحياة اليومية.

الدلائل التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري

يجب أن تتوافر أعراض وسواسية أو أفعال قهرية ، أو كلاهما في أغلب الأيام لمدة أسبوعين مستمرين علي الأقل ، **وتتميز الأعراض الوسواسية بالميزات التالية :**

(١) يجب إدراك أنها أفكار المريض ، أو نزواته الخاصة .

(٢) يجب أن تكون هناك فكرة ، أو فعل واحد علي الأقل لا يزال المريض يحاول مقاومته دون نجاح .

(٣) يجب ألا تكون الفكرة أو تنفيذ الفعل في حد ذاته مصدراً للمتعة (**لا يعتبر مجرد تخفيف التوتر أو القلق متعة**)

(٤) يجب أن تكون الأفكار أو التصورات أو النزوات متكررة بشكل مزعج (وائل أبو هندي ، ٢٠٠٣ ، ٦٧-٦٨) .

وفي الطب النفسي يوصف فعل ما بأنه قهري إذا توافرت فيه الشروط التالية :

١- أن يحس المريض بأنه مرغم علي فعل معين يراه بلا جدوى ، أو زائدا عن الحد الطبيعي.

٢- أن يحاول المريض منع نفسه من تكرار هذا الفعل ، ولكنه دائماً ما يفشل بسبب ما يعتريه من ضيق وتوتر.

٣- أن تكون الاستجابة للأفعال القهرية بنوعيها الحركي أو العقلي من قبل المريض من أجل منع أو إنقاص المعاناة المصاحبة للامتناع عن فعلها أو من أجل منع حدوث مكروه (**وائل أبو هندي ، ٢٠٠٣ ، ٥٦**) .

التشخيص الفارقي

* تظهر الأعراض القهرية بكثرة مع الأمراض العضوية مثل الحمى المخية وبعد إصابات الفص الصدغي في المخ ، وكذلك اضطراب العقد القاعدية مثل الشلل الاهتزازي، والرقص الروماتزمي، واللوازم العصبية (**أحمد عكاشة ، ٢٠٠٣ ، ١٨٢**).
* وتثار مشكلة أخري في التشخيص تتعلق باضطراب التشوه الوهمي للجسد والخصائص الأساسية لهذا الاضطراب ، هي الانشغال الشديد بتشوه متخيل في المظهر ، وهنا أيضاً إذا كان هناك وساوس أو دفعات قهرية موجودة لدي مريض

اضطراب التشوه الوهمي للجسد ، تشخص الحالة بأنها اضطراب وسواس قهري(زرجز، فوا ، ٢٠٠٢ ، ٤٨٠).

* اضطرابات الأكل أو السلوك الجنسي أو المقامرة المرضية أو الإدمان فعندما يندمج فيها الشخص بشدة قد يشار إليها بأنها فعل قهري ، ولكن هذه الأنشطة ليست أفعالاً قهرية حقيقية ، لأن الشخص يحصل علي لذة من أي منها ، وقد يرغب في مقاومتها بسبب نتائجها الضارة فقط ، وكذلك الحال في هوس السرقة(عبد الكريم الحجاوي ، ٢٠٠٤ ، ٢٨٤).

ويكون من المفيد إكلينيكياً أن نميز بين القهر في مريض الوسواس القهري والسلوك الاندفاعي لهؤلاء الذين يظهرون قدرة منخفضة علي الضبط ومقاومة أقل مثل هؤلاء الأفراد يعانون من اضطرابات الأكل أو السيكوباتية(Puri et al ., 2002 , 219) .

* وفي نوبة الاكتئاب الأساسي قد توجد وسواس غير حقيقية(مثل الأفكار التشاؤمية) ولكن لا توجد مواصفات الاكتئاب التشخيصية(عبد الكريم الحجاوي ، ٢٠٠٤ ، ٢٨٤).

وكثيراً ما يعاني مرضي اضطراب الوساوس من أعراض اكتئابية ، كما أن المرضي الذين يعانون من اضطراب اكتئابي متكرر قد يكتسبوا أفكاراً وسواسية أثناء نوبات الاكتئاب ، وفي كلتا الحالتين تكون الزيادة أو النقصان في شدة الأعراض الاكتئابية مصحوبة بتغيرات موازية في شدة الأعراض الوسواسية (محمد سعفان ، ٢٠٠٣ ، ١٢٨).

وتوجد الوسواس في أكثر من خمس حالات الاضطرابات الاكتئابية وأيضاً في الفصام ، ولذلك فإنه من المهم بناء تشخيص دقيق لأن الاضطرابات الاكتئابية مع الوسواس غالباً تستجيب جيداً للعلاج بمضادات الاكتئاب. كما يجب التمييز بين الهذاء والوسواس القهري ، ففي الهذاء يفقد المريض الاستبصار ويؤمن المريض بصحة الأفكار وأنها حقيقية علي عكس مريض الوسواس القهري الذي يكون لديه استبصار بحالته (Gelder et al ., 1999 , 122 ; Puri et al ., 2002 , 219).

كما أن النسبة العالية لاضطرابات القلق الأخرى وأعراض القلق بين مرض الوسواس القهري يعقد تشخيص اضطراب الوسواس القهري ، فعلي سبيل المثال يتسم اضطراب القلق العام بالقلق الشديد ، وهذا القلق يختلف عن الوسواس في أن القلق يكون شديداً حول ظروف الحياة الواقعية ، ويخبره الشخص علي أنه مرغوب ومناسب ، وعلي

النقيض فإن محتوى الوسواس غالباً ما يكون غير واقعي ، يخبرها الشخص علي أنها غير مناسبة ،وفي بعض الحالات يعكس محتوي الوسواس أحداثاً ، يمكن أن تحدث في الواقع ، إلا أنه في مثل هذه الحالات يبالغ الشخص بدرجة كبيرة في احتمالات هذا الحدوث (علي سبيل المثال احتمال الإصابة بالسرطان نتيجة للتعرض العادي للكيمياويات المستخدمة في المنازل) (زرجز ، فوا ، ٢٠٠٢ ، ٤٧٩) .

وقد ينظر إلي القلق علي أنه من أسباب الوسواس الرئيسة ، والبعض ينظر إليه علي أنه نتيجة للوساوس ، وقد وجد أن مريض الرهاب ومريض الوساوس ينتشر لديهما المخاوف المرضية المرتبطة بالقذارة ، وانتقال العدوى وهذا ما يدفعهما إلي تجنب هذه المثيرات(**محمد سعفان ، ٢٠٠٣ ، ١٢٧ ، ١٣٠**).

علاج الوساوس القهرية

١- العلاج الدوائي

تتوافر ثلاث أنواع من العقاقير أثبتت فاعليتها في علاج حالات الوسواس القهري كما أن لها خاصية زيادة الموصل العصبي السيروتونين: الكلوميبرامين Clomipramineوهو من مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات قد أثبت فاعلية في تحسن حالة المرضي بالوسواس القهري ، ولكن الجرعات العالية من هذا العقار تحدث أثار جانبية ، والعقاقير الأخرى هي أقل فاعلية من عقار الكلوميبرامين **هي** : بروزاكين Paroxetine والعقارين الآخرين هو الفلوكسيتين Fluoxetine والفلوفوكسمين Fluvoxamine .

العلاج بالجراحة النفسية

الجراحة النفسية هي نوع خاص من جراحة المخ فهي أيضاً بديل متاح وبخاصة للحالات الشديدة من المرض . والإجراء الجراحي المستخدم حالياً يسمي الاستئصال الطوقي ، ويتلخص في تدمير مسافة تتراوح بين ٢ ، و٣ سم من المادة البيضاء في الطوق (**منطقة في المخ قريبة من الجسم الجاسئ**) ولكن النتائج بعيدة عن أن تكون حاسمة ، ويجب النظر إلي التدخل الجراحي علي أنه الملاذ الأخير (**أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢، ٣٥٠**).

العلاج بالتحليل النفسي

من خلال تمكين المريض من أن يتعرف إلي الصراع الك[illegible]ـريق إبطال كبت الصراع اللاشعوري ، مع تحليل متعمق للدفاعات الوسواس[illegible]ـرية وإن كانت العديد من الدراسات التي تناولت مدي شفاء الوسواس القهري باستخدام العلاج بالتحليل النفسي قد أثبتت كفاء أقل (**أحمد عبد الخالق ٢٠٠٢ ، ٣٢٢-٣٢٣**).

العلاج السلوكي

بعد عقد سلسلة من اللقاءات فإن المريض تتضح أعراض مرضه ، فيمكن استخدام الجلسات الاسترخائية ، واستخدام فنية التحصين التدريجي (Okasha , 1977 , 147) كما يمكن استخدام فنية إيقاف التفكير Thought Stopping وتعتمد هذه الفنية علي الاقتران بين الفكرة الوسواسية والنطق بصوت عال" **قف**" بعد ذلك يتم خفض الصوت تباعاً حتى يصل إلي النغمة العادية التي تعود عليها المريض (**محمد سعفان ، ٢٠٠٣ ، ١٤٢-١٤٣**).

ويستخدم العلاج بالسلوك وسيلة تسمي "إعاقة الاستجابة" لمعالجة سلوك الوساوس القهرية ، وهي عبارة عن تدخل خارجياً يحول بين الوسوسة والسلوك القهري الذي يتبعها حيث يتم تقييد المريض جسمياً للحيلولة دون تنفيذه السلوك القهري ، ويمكن استخدام "**منع الاستجابة التدريجي**" وهو لا يحاول كسر الارتباط كله مرة واحدة ، وبدل ذلك يحاول المريض أن يؤخر وقت القيام بالسلوك القهري وذلك لكسر الدائرة الارتباطية بين المثير الوسواسي والاستجابة القهرية(**فورجيوني وآخرون ، ٢٠٠٥ ،١٤٠-١٤١**).

المزاوجة بين العلاج السلوكي والعلاج بالعقاقير

تناولت دراسات قليلة تأثيرات الجمع بين العلاج بالسيروتونين مع التعرض مع منع الاستجابة فقد درس ماركس وآخرون ،١٩٨٠ تأثير المزاوجة بين الانبيرامين والعلاج السلوكي علي أربعين مريضاً بالوسواس القهري وقد وجد تأثير كبير للعلاج السلوكي وتأثير إضافي بسيط للعلاج بالعقاقير بعد العلاج مباشرة ولأن فترة العلاج بالعقار فقط كانت قصيرة (٤ أسابيع) لم يتيسر تقويم كفاءة العلاج بالعقار فقط (**زرجز ، فوا ، ٢٠٠٢ ، ٤٩٥**).

وانتهت نتائج دراسة(سعاد البشر ، صفوت فرج ، ٢٠٠٢) إلي التحقق من فعالية العلاج السلوكي بأسلوب التعرض ومنع الاستجابة في علاج حالات السلوك الوسواسي القهري ، المتمثل في النظافة والاغتسال. ورغم فعالية العلاج الدوائي ، الذي أظهر تحسناً واضحاً هو الآخر ، إلا أن القيمة الحقيقية للعلاج السلوكي تتمثل في أنه يوفر للمريض استبصاراً جيداً بطبيعة الاضطراب ، ويزوده بآليات ومهارات يتعامل بها مستقبلاً مع احتمالات الانتكاس ، ويشعره بالايجابية والمشاركة الإرادية الواعية في الخطة العلاجية ، ويوضع كل هذه المتغيرات في الاعتبار مقابل الحلول الكيميائية(**الدوائية**) وآثارها الجانبية وسلبية المريض في تلقيها وتكرار العودة لها مع كل انتكاسة ، تصبح للعلاج السلوكي أفضلية واضحة .

العلاج الديني

ينطلق العلاج الديني الموجه للوسواسي من الآية الكريمة :-

(وَإِمَّا يَنزَغَنَّكَ مِنَ ٱلشَّيْطَٰنِ نَزْغٌ فَٱسْتَعِذْ بِٱللَّهِ ۚ إِنَّهُۥ سَمِيعٌ عَلِيمٌ)
(الأعراف : ٢٠٠)

وعليه فإن توجيه هذا الفرد إلي ذكر الله ، سواء بالاستماع إليه في مجالس استماع القرآن الكريم ، تلك المجالس التي تتطلب آداباً خاصة كالطهارة : طهارة البدن والثوب والنفس ، والخشوع والتوجه إلي الله والتفكير في معاني كلامه أو تلاوة القرآن الكريم في مجالس التلاوة. كما أن توجيهه إلي أداء الصلاة بما فيها من تلاوة وخشوع وحركات ، وبما تحمله من توجه مباشر إلي الله سبحانه وتعالي حيث يدعوه الإنسان المضطرب ويطلب منه العون ، وتوجيهه إلي الصيام والزكاة وغير ذلك من العبادات الإسلامية يمكن أن يكون عوناً له في التخلص من وساوسه(محمد عودة ، كمال مرسي ، ١٩٩٤).

ويشير كل من تيسمان وكاي وليبرمان (Tasman , Kay ,Lieberman , 1997 , 630) إلي متطلبات البرنامج العلاجي الناجح علي النحو التالي:

١- الفهم التشخيصي الشامل Comprehensive Diagnostic Understanding

٢- نمو أو تطوير أهداف لعلاج Developing Goals of Treatment

٣- تطوير أفضليات العلاج Developing Treatment Priorities

٤- مراقبة وضبط نتائج العلاج Monitoring Treatment Results

٥- تجنب العلاج غير المحدد Avoidance of Indefinite Treatment

٦- تعاون الفريق العلاجي Team Collaboration

اضطرابات القلق لدي العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة

اضطرابات القلق تؤثر في نسبة ٢٠٪ من الأفراد فوق سن ١٨ سنة وإكلينيكياً فإن اضطرابات القلق تتوزع بالتساوي بين الذكور والإناث ، وإن كانت في عينات الوبائيات تكون الإناث أكثر من الذكور (Cheng &Myers , 2005 , 117).

يطور الأفراد المتخلفين عقلياً اضطرابات القلق (Reiss, 2000). واضطرابات القلق منتشرة لدي الراشدين المتخلفين عقلياً والعاديين(Allen & Eliz... 1989). وأظهرت نتائج دراسة جارفيلد (...rfield , 1963 , 594) ...فاع مستوي القلق لدي المتخلفين عقلياً مقارنة بالعاديين ، وأن هذه المستويات المرتفعة من القلق لدي المتخلفين عقلياً سوف تؤثر تأثيراً بالغاً علي أداء المتخلفين عقلياً .وأجريت دراسة جوستاسن

(Gostason , 1985) علي عينة بلغ قوامها ١١٥ متخلفاً عقلياً ما بين ٢٠-٦٠ سنة ، وانتهت نتائجها إلي أن ٢٠.٦٪ يعانون من اضطرابات القلق.

وأما دراسة رايس (Reiss , 1990) فقد انتهت نتائجها إلي أن نسبة انتشار القلق لدي المتخلفين عقلياً كانت ٣١٪. وغالبية الدراسات التي أجريت علي المتخلفين عقلياً قررت فقط انتشار اضطرابات القلق لدي المتخلفين عقلياً بنسبة ٦٪ (Ballinger et al ., 1991) و٦.٣٪ (Crews et al ., 1994).

وأجريت دراسة روجا وآخرون (Rojah et al ., 1993) علي عينة بلغ قوامها ٨٩.٤١٩ وانتهت نتائجها إلي أن ٠.٣٪ من العينة يعانون من القلق.

أما دراسة ديكر وكوك (Dekker &Kook , 2003) فقد أجريت علي عينة بلغ قوامها ٤٧٤ طفلاً متخلفين عقلياً تراوحت أعمارهم ما بين ٧-٢٠ سنة منتظمون في المدارس ، وأسفرت عن أن ٣٨.٦٪ يعانون من القلق . وفي عينة مكونة من ٢٦٤ طفلاً يعانون من إعاقات عقلية ، وتراوحت أعمارهم ما بين ٥-١٥ سنة خلصت نتائج دراسة إميرسون (Emerson , 2003) إلي أن نسبة انتشار القلق لدي المتخلفين عقلياً تكون ٨.٧٪.

ويشير كليلاند (Cleland , 1978 , 38) إلي أن إدراك الخطر ومحاولة تجنبه يظهر في عمر مبكر من حياة الفرد ، ويصاحب هذا الإدراك خوفاً شديداً ويظهر الأطفال المتخلفين عقلياً خوفاً مرضياً من الارتفاعات ، وذلك لارتباطه لديهم بالخوف من السقوط أو الوقوع الذي يفضي إلي الموت ، ويحاولون الابتعاد قدر الإمكان عن الذهاب إلي الأماكن المرتفعة لكي يبقوا علي قيد الحياة .

وأسفرت نتائج دراسة ديرفنسكي وفاندنبرج (Derevensky, 1979 ; Vandenberg , 1993) إلي انتشار المخاوف التالية : الخوف من الحيوانات والناس ، والأشباح ، والآلات ، والموت ، والخوف من الإصابة بجروح لدي عينات من المتخلفين عقلياً وذوي صعوبات التعلم ، والعاديين. وتتضاعف نسبة الخوف من الحيوانات لدي الإناث مقارنة بالذكور.

وأسفرت نتائج دراسة ستيرنلشيت (Sternlicht , 1979) إلي أن المخاوف لدي عينة مكونة من ٢٢ راشداً متخلفاً عقلياً خفيف الدرجة كانت من الحيوانات ، والظواهر الخارقة للطبيعة وكانت تمثل ٥٦٪ من المخاوف المقررة لديهم ، بينما كانت المخاوف المرتبطة بالإصابات البدنية والضغوط النفسية تشكل ٣٢٪ من المخاوف المقررة.

والخوف من الإصابة لدي الطفل المتخلف عقلياً تولد لديه شعوراً بالألم فعندما يصاب أحد الأطفال نجد أن أقرانه يصرخون أحياناً ، يبكون ، ويبتعدون عن المصاب ، ولوحظ أنهم يخشون الذهاب إلي طبيب الأسنان لما يسبب ذلك من ألم مبرح ، ولوحظ كذلك أنهم يهرعون إلي المدرس في حالة إصابة أحدهم ويخبروه في حالة خوف شديد.

وأشارت نتائج دراسة دف وآخرون (Duff et al ., 1981) **إلي أن** الراشدين المتخلفين عقلياً البالغ عددهم(٢٠) متخلفاً عقلياً حددوا مخاوف دالة مقارنة بالعاديين من الرعد ، والبرق ، والمقابر ، وعبور الطريق ، والنار ، والخطف والميكروبات والجراثيم. وأسفرت نتائج دراسة نوفوسَل (Novosel, 1984) إلي أن الخوف من الظلام كان الأكثر انتشاراً في عينة تتألف من ٥٩ راشداً متخلفاً عقلياً.

وانتهت نتائج دراسة كنج وآخرون (King et al , 1994) **إلي** حصول المتخلفين عقلياً علي درجات مرتفعة في المخاوف مقارنة بالمجموعات الثلاث (**العاديين – ضعاف السمع – المكفوفين**) وعدد أكبر من المخاوف المرضية ، وقرروا وجود مخاوف تتصل بالخوف من الإصابة ، ومخاوف تتصل بالخوف من الظلام والجروح ، والخوف من المجهول ، والحيوانات الصغيرة ، وكانت الإناث أكثر خوفا من الذكور.

وخلصت نتائج دراسة بيكرسجيل وآخرون (Pickersgill et al., 1994) **إلي أن** المخاوف لدي المتخلفين عقلياً كانت أكثر شدة مقارنة بالعاديين ، وكانت أعلي في الخوف من الخلاء (**الخوف المرضي من الأماكن الواسعة**) والخوف من العدوان ، والجنس ، والحيوانات . مثل الخوف من الكلاب (Lindsay et al ., 1988).

وانتهت نتائج دراسة جالون وآخرون (Gullone et al ., 1996) **إلي أن** المتخلفين عقلياً خفيفي ومتوسطي الدرجة والبالغ عددهم(١٨٧) وعينة من الأسوياء البالغ عددهم (٣٧٢) لديهم مستويات مرتفعة من المخاوف مقارنة بالأسوياء ، ويعانون من الخوف من الظاهر الخارقة للطبيعة ، والخوف من النحل ، والسحالي .

أما دراسة ديكر وكوت (Dekker &Koot , 2003) فقد أجريت علي عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً بلغ قوامها (٤٧٤) طفلاً ، وتراوحت أعمارهم ما بين ٧–٢٠ سنة منتظمون في المدارس ، وأشارت نتائج الدراسة إلي أن ٢١.٩٪ [illegible] مخاوف محددة ، و٢.٥٪ يعانون من قلق الانفصال .

ومن خلال فحص (٦) من الراشدين المتخلفين عقلياً انتهت نتائج دراسة راتي(Ratey et al ., 1989)**إلي أن** أربعة منهم كانوا يعانون من اضطرابات القلق المعمم.

وبالرغم من وجود صعوبات في تحديد الوسواس القهري لدي المتخلفين عقلياً بسبب القصور المعرفي، وصعوبات في الاتصال(Bodfish &Madison, 1993) إلا أن رايس (Reiss, 2000) تري أن المتخلفين عقلياً يطورون الوسواس القهري . ويري كرافت Craft (1979, 145) أن القلق والوسواس وحالات التوتر لدي المتخلفين عقلياً تكون أكثر تشابها مع ما هو مقرر لدي العاديين .

وانتهت نتائج دراسة **فيتشيلو وآخرون** (Vitiello et al ., 1989) والتي أُجريت علي عينة من الراشدين المتخلفين عقلياً المقيمين بالمؤسسات البالغ عددهم (٢٨٣) مريضاً متخلف عقلياً ، إلي أن حوالي (١٠) متخلفين عقلياً من العينة الكلية يعانون من الوسواس القهري .

وأسفرت نتائج دراستي كل من (Brown & Meszaros , 2007; Wincze et al ., 2007) عن أن سلوك التجميع أو التكديس ينتشر لدي المتخلفين عقلياً. علامات التوتر التي تظهر لدي المتخلفين عقلياً في العدوان الموجة نحو الذات والآخرين ، والممتلكات ، فإن السلوك القهري عندما يتم إعاقته ، أو إيقافه غالباً يكون دليل علي وجوده لدي الراشدين المتخلفين عقلياً(Vitiello et al ., 1989) .

ماثيو (١٣) سنة متخلف عقلي في مستوي شديد ، وأصم جزئياً و لا يستطيع الكلام ويعاني من الوسواس فهو يصر علي القيام بأشياء بالطريقة التي يريدها ودائماً علي نفس النحو فالنوافذ في المنزل لا يمكن فتحها أو غلقها بصورة تامة ، ولكن يتعين فتحها لحوالي ثلاث بوصات ونفس الطريقة بالنسبة لكل نوافذ المنزل ، وإذا خرجت العائلة فإنه يتعين أن تسلك دائماً نفس الطريق وإذا ما جلس أفراد العائلة معاً في المساء تعين أن يجلس كل منهم في وضع مستقيم ، ويضم ركبتين معاً ويدير رأسه إلي اليمين قليلاً ، ولا يسمح لهم بوضع ركبة علي الأخرى ، أو الكلام أو قراءة جريدة ، فإذا ما حاول أحدهم أن يقوم بشيء لا يتفق مع وساوسه فإنه يلقي بنفسه علي الأرض في نوبة غضب فظيعة ، ويخرب معظم ما في المنزل(**لويس مليكه** ، ١٩٩٨ ، ٦٧) .

تعزي المخاوف لدي المتخلفين عقلياً إلي أن العالم أكثر خطورة بالنسبة لهم مثل عبور الطريق ، كما أن المهارات اللغوية المتدنية ينتج عنها صعوبات جمة في مناقشة وتفسير استبعاد هذه المخاوف عندما تنشأ. ويفترض أن تأثيرات الخبرات الفاشلة الممتدة تكون شاملة ، وهناك احتمالية أن تؤدي إلي حدوث القلق لدي المتخلفين عقلياً (Ollendick & Ollendick , 1983) وتعرض المتخلفين عقلياً إلي مزيد من خبرات الفشل

والحرمان الاجتماعي يفضي إلي ارتفاع معدلات القلق المقررة (Balla & Zigler , 1979) وانتهت نتائج دراسة ليڤين (Levine , 1985) إلي أن المتخلفين عقلياً يعانون من مستويات مرتفعة من القلق الموقفي تحت تأثير الظروف الضاغطة.

بالرغم من تجاهل دراسة المخاوف والقلق والوسواس لدي الأطفال التوحديين في التراث ، إلا أنه قد جَرت محاولات لعلاج حالات الفوبيا من ركوب الأتوبيس (Luiselli , 1978) . فقد قام كل من ماتسون ولَف (Matson &love , 1990) بتدريب أمهات الأطفال التوحديين علي تدريب أطفالهم علي عدم الخوف من الخروج ، أو الذهاب إلي الحمام للاغتسال. وأسفرت نتائج دراسة راب (Rapp et al., 2005) إلي نجاح علاج مراهقة توحدية علي الاستحمام في حوض السباحة .

وانتهت نتائج دراسة ماتسون ولَف(Matson & Love , 1990) إلي أن الأطفال التوحديين يكونون أكثر خوفاً من العواصف الرعدية ، والأماكن المظلمة والتواجد في حشود ، والغرف المظلمة أو المغلقة ، والذهاب إلي النوم في الظلام والأماكن المغلقة .

وانتهت نتائج دراسة جرين وآخرون ، كيم وبيليني (Green et al ., 2000; Kim et al ., 2000; Bellini, 2004) إلي ارتفاع معدلات انتشار القلق واضطراب الهلع ، وقلق الانفصال ، والقلق الاجتماعي لدي الأطفال التوحديين مقارنة بأقرانهم العاديين .

وانتهت نتائج دراسة كيم وآخرون (Kim et al ., 2000) **إلي أن ١٣,٦%** من الأطفال التوحديين يحصلون علي درجات مرتفعة علي مقاييس القلق المعمم.

كما أشارت نتائج دراسة جلت وآخرون (Gillot et al., 2001) إلي أن الأطفال التوحديين في المستويات المرتفعة سجلوا درجات مرتفعة علي مقاييس القلق مقارنة بذوي إعاقات التعلم والعاديين ، وكذلك الوسواس القهرية ، وقلق الانفصال ، ومخاوف من الإصابات البدنية ، واضطراب الهلع ، وإلي ارتفاع السلوك القهري ، والتكرار ، والطقوس ، والسلوك النمطي .

ينتشر القلق لدي المعوقين سمعياً (Robinson , 1978) فقد قرر بولارد (Pollard , 1994) أن ٣.٨٪ من الصم في مقابل ٢.٣٪ من السكان كانوا يعانون من القلق .أما ديجل (Daigle , 1994) فقد وجد اضطرابات القلق في الصم تبلغ ٤٪ في مقابل [illegible] د العاديين.

وانتهت نتائج دراسة كينج وآخرون ([illegible] al ., 1989) إلي عدم وجود فروق بين الصم البالغ عددهم ١٣٨ طفلاً ومراهقاً وتراوحت [illegible]ـارهم ما بين ٨-١٦ سنة ، ومجموعة العاديين البالغ عددهم ١٣٤ طفلاً ومراهقاً في نفس المرحلة العمرية في الدرجة

الكلية للمخاوف ، ووجود فروق دالة إحصائياً بين الجنسين فقد سجلت الإناث درجات مرتفعة علي قائمة المخاوف مقارنة بالذكور ، وكانت أكثر المخاوف شيوعاً كانت من المجهول ، والموت ، والخطر ، والفشل ، والنقد والفشل في الامتحان ، والحصول علي درجات متدنية ، والإصابة ، والحيوانات الصغيرة .

وأسفرت نتائج دراسة كينج(King et al ., 1994) **إلي أن** كل من المعوقين سمعياً والعاديين يعبرون عن مخاوفهم من المثيرات الخطيرة المحتملة ، لكنهم يتباينون في نوعية المخاوف ، فالعاديين يخافون من الفشل والنقد ، بينما المعوقين سمعياً أكثر خوفاً من الأشياء غير المألوفة ، والإصابة ، والحيوانات الصغيرة .ومعدلات انتشار السلوك الطقوسي والوساسي لدي الأفراد المعوقين سمعياً شائع بينهم(Kitson &Fry , 1990) .

ينتاب المعوقين بصرياً المخاوف ، وعدم الشعور بالأمن من حين لآخر (**سعيد حسني** ، ٢٠٠٢-أ ، ١٠٠). وانتهت نتائج دراسة هاردي (Hardy , 1966, 81) إلي أن المراهقين المكفوفين الأكبر سناً يعانون من قلق مرتفع مقارنة بالمراهقين الأصغر سناً.

وأسفرت نتائج دراسة ماسترو وآخرين(Mastro et al ., 1985) إلي أن المعوقين بصرياً يعانون من قلق الحالة وقلق السمة . وقد قررت نتائج دراسة ويلهيم (Wilhelm , 1989) عدم وجود فروق دالة بين درجات الإعاقة البصرية في المخاوف والقلق .

إن المعوق بصرياً أكثر من أقرانه المبصرين عرضة للقلق خاصة في مرحلة المراهقة نظراً لعدم وضوح مستقبله المهني والاجتماعي ، وما يواجهه من صعوبات في تحقيق درجة عالية من الاستقلالية والتي يسعي لها جميع المراهقين في العادة ولا يعني ما سبق أن المعوقين بصرياً يطورون سلوكاً عصابياً أكثر من غيرهم (**يوسف القريوتي وآخرون** ، ١٩٩٨ ، ٢٠٧).

أما عن اضطرابات القلق لدي ذوي صعوبات التعلم فقد أسفرت نتائج دراسة كولنيل (Cullinan et al ., 1981) عن أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يظهرون القلق ، والانسحاب ، والاكتئاب . وأشارت نتائج دراسة فيشر وآخرون (Fisher et al ., 1996) إلي ارتفاع معدلات انتشار قلق الحالة وقلق السمة لدي الأفراد ذوي صعوبات التعلم .

واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تكون مقررة في الأفراد ذوي صعوبات التعلم ، كما أن اضطراب الوسواس القهري يكون أيضاً أكثر تكراراً لديهم مقارنة بالسكان (Gelder et al ., 1998 , 872).

وينتشر القلق لدي الموهوبين فقد أسفرت نتائج دراسة فورسايف (Forsyth , 1987) عن أن الموهوبين أكثر قلقاً من أقرانهم غير الموهوبين. وتنتشر المخاوف لدي الموهوبين فقد أسفرت نتائج دراسة تيبي (Tippey 2006) عن انتشار المخاوف لدي عينة من الموهوبين بلغ عددهم (٢٨٧) ، وتراوحت أعمارهم ما بين ٧-١٠ سنوات ، **وكانت أهم المخاوف لدي الموهوبين الخوف من** : الاختطاف ، والتهديد بالسلاح ، والقتلة ، والموت ، واقتحام لص المنزل وأن تصدمه سيارة ، والايدن.

وتنتشر المخاوف لدي المعوقين بدنياً فقد انتهت نتائج كينج وآخرون (King et al ., 1990) إلي أن المعوقين بدنياً يخافون من الفشل والنقد ، والمجهول ومن الحيوانات الصغيرة ، والإصابة ، ومن الخطر ، والموت ، ومخاوف طبية مثل الذهاب إلي المستشفي ، ورؤية الناس الموتى ، وإعطاء الحقنة ، والذهاب إلي طبيب الأسنان ، والخوف من رؤية الدم ، والإناث قررن درجات مرتفعة من المخاوف مقارنة بالذكور .

ومن خلال فحص متأني لعدد من الدراسات يشير لينز وآخرون (Lenze et al ., 2001) إلي أن هناك ارتباط ايجابي بين اضطرابات القلق واضطرابات الاكتئاب والإعاقة فكل منهما يؤثر في الأخر ويتأثر به ، وأن هناك ارتباط جوهري بين اضطرابات القلق والاكتئاب والمعوقين بدنياً .

أما عن اضطرابات القلق لدي المضطربين كلامياً ولغوياً فقد انتهت نتائج دراسة بولدشتين ، كريج (Bloodstein , 1995; Craig , 2000) إلي وجود ارتباط دال بين اللجلجة واضطرابات القلق . كما انتهت نتاج نتائج دراسة هانكوك وآخرون (Hancock et al ., 1998) إلي أن الأفراد المتلجلجين يعانون من مخاوف ترتبط بالتواصل مع الآخرين.

أعراض القلق

اضطرابات القلق تكون أكثر شيوعاً وتقابل بتكرار في مستشفيات الأمراض النفسية ، والكثير من المرضي لا يشكون من القلق ، ولكن يطلبون المساعدة من واحد أو أكثر من الأعراض البدنية للقلق (Gelder , et al ., 1999, 104).

وتلعب الحياة الانفعالية دوراً بالغ الأهمية في حياة الأفراد ، فالانفعالات لا تضف فقط السعادة إلي خبرات الطفل اليومية وتدفعه إلي ... والنشاط بل أيضاً يمكن أن تكون مصدراً للإعاقة بالنسبة له . عن تأثير الا... علي الحالة الجسمية للطفل قد تكون خطيراً وبصفة خاصة عندما تكون هذه الا...الات قوية ومتكررة ، ومن ثم

فإن تأثير الانفعالات علي عمليات الهضم والنوم وغيرها التي تنتج عن التوتر الانفعالي قد تكون ذات أثر هدام علي النمط الجسمي للطفل (فتحي السيد عبد الرحيم، ١٩٩٠، ١٣٩-١٤٠).

وهذه الأعراض يمكن توضيحها في الآتي:

١- **أعراض جسمية فسيولوجية وهي** : برودة الأطراف ، وتصبب العرق واضطرابات معدية ، وسرعة ضربات القلب ، واضطرابات في النوم ، والصداع وفقدان الشهية ، واضطرابات في التنفس (**مصطفي فهمي ، ١٩٩٥ ، ١٥٩**).

كما يشعر المريض بالرغبة المستمرة في التبول وقد يصاحب ذلك آلام في المثانة ، وضعف الانتصاب وسرعة القذف من أهم أعراض القلق ، ومن أبرز أعراض الألم ، ألم عضلي أي ناشئ من توتر العضلات ، وقد يشعر بها المريض في صدره أو ظهره أو رقبته أو يديه وقدميه (**عادل صادق ، ٢٠٠٣ ، ٣٧**).

٢- **أعراض معرفية**: تتمثل في التفكير القلق المضطرب ، واضطرابات في الانتباه وفي القدرة علي إيجاد تفسيرات معرفية منطقية وفي كل مكونات الذاكرة Beck , 1976 .

٣- **أعراض انفعالية** : كالخوف من فقدان السيطرة علي النفس أو الموت.

٤- **أعراض سلوكية**: تتجلي في مواقف الخوف كالهرب بسبب الخوف أو تجنب موقف محرج (**سامر جميل ،٢٠٠٧ ، ٢٦٣**). ويؤثر القلق تأثيراً جوهرياً علي الأداء الاجتماعي ، والأسري ، والأكاديمي- والقلق الحاد يمتد من ٣٠ دقيقة إلي يوم أو يومين ، وتكون شكوى الفرد من الشعور بالاختناق والخفقان ، والعرق ، والارتعاش (Gelder et al , 2006, 196) .

تشخيص اضطرابات القلق

قبل تناول تشخيص اضطرابات القلق نشير إلي بعض الصعوبات التي نواجهها عند تشخيص الاضطرابات النفسية لدي العاديين وبشكل خاص لدي ذوي الاحتياجات الخاصة :

وللتدليل علي هذه الصعوبات يمكن تناول تشخيص التخلف العقلي علي سبيل المثال .

احتياجات المتخلفين عقلياً وفقا لرايس وآخرون Reiss et al ., 1982 تظل في كثير من الأحيان بدون مقابلة **للأسباب التالية**:

١- صعوبات في تشخيص الاضطرابات النفسية لدي المتخلفين عقلياً.

٢- الميل إلي عزو أعراض الاضطرابات النفسية إلي المتخلفين عقلياً بدلاً من عزوها لاضطرابات منفصلة (Szymanski & King, 1999) .

ويشير سوفينر Sovner, 1986 إلي بعض الأخطاء التي يمكن حدوثها عند تشخيص الأمراض النفسية لدي المتخلفين عقلياً علي النحو التالي :

٣- القناع النفسي الاجتماعي : من المعروف أن المتخلف عقلياً يتميز بضعف المهارات الاجتماعية بصفة عامة ، يترتب علي ذلك أن المواقف والخبرات الاجتماعية المتراكمة تكون محدودة لديه ، يؤدي ذلك إلي أن الأعراض النفسية لا تبدو بنفس الوضوح والثراء الذي نراه لدي غير المتخلفين عقلياً مما يتسبب في صعوبات أو أخطاء في تشخيص هذه الأعراض .

٤- التفكك المعرفي : عندما يتعرض المتخلف عقلياً لمواقف ضاغطة انفعالياً فإنه يستجيب لذلك بتدهور في الأداء الوظيفي العقلي ، قد يؤدي إلي بعض الأعراض الغريبة التي تؤثر علي الأداء ومن ثم علي دقة التشخيص وصحته.

٥- التحريف العقلي : يجد المتخلف عقلياً صعوبة في إيصال مشاعره الداخلية نتيجة لنقص الذكاء وضعف القدرة اللغوية...الخ (في : محمد عبد الرازق ١٩٩٩ ، ٨٢).

ولهذا يشير كل من روس وأُوليڤر (Ross & Oliver, 2003) إلي الحاجة الماسة لتطوير وسائل تقويم مناسبة للاستخدام مع الراشدين المتخلفين عقلياً شديدي وعميقي الدرجة والذين يعجزون عن التقرير الذاتي .

وعلي الطبيب أن يستقي المعلومات عن المتخلف عقلياً من أكثر من مصدر للأسباب التالية:

* غالبية الراشدين المتخلفين عقلياً الذين يأتون إلي العيادة الخارجية يعانون من اضطرابات موقفية بسيطة داخل نطاق الأسرة (Craft , 1979, 144) .
* تأثيرات التخلف العقلي تقلل من القدرة علي التفكير المجرد ، والاتصال باستقلال ، وهذا ينشأ عن القصور في اللغة ، هذا يجعل من الصعب علي هذا الفرد أن يصف مشاعره وأفكاره (Sovner , 1986).
* علينا أن نتذكر دوماً أن المتخلفين عقلياً غالباً يعانون [illegible]رات ، وقلق أثناء مقابلتهم في العيادات الخارجية (raft , 1979, 144

وكجزء هام من الطريقة الإكلينيكية فإن الإخصائي النفسي عليه أن يقومَ بما يلي:

١- تنمية مجموعة من الفروض الإكلينيكية المتنوعة عن مشكلات العميل.

٢- التقرير عن أنواع الملاحظات، والاختبارات التي تكون ضرورية لفحص هذه الفروض الإكلينيكية.

٣- فحص العميل وتكرار الملاحظات (Cromwell , 1968 , 78).

٤- حساب نسبة الذكاء، وتطبيق اختبارات الشخصية (Craft , 1979, 144)

٥- عند مقابلة المتخلف عقلياً فإنه من الضروري تقدير النمو المعرفي ومهارات الاتصال، فاللغة الموجهة للمتخلف عقلياً تكون واضحة، وأن تكون محسوسة قدر الإمكان، وأن يبتعد عن توجيهه الأسئلة التي يجاب عنها بنعم أو لا. كما يكون علي دراية بأن المتخلف عقلياً في أغلب المواقف يكررون الاختيار الأخير: (Szymanski &King, 1999)

٦- ينبغي أن يكون اختيار الأساليب الفنية لتقويم الشخصية لدي المتخلفين عقلياً مبني علي اختيار الوسائل التي سوف تؤدي إلي أفضل المعلومات المناسبة لحل المشكلات. (Cromwell , 1968 , 78).

٧- علي الرغم من أهمية الاختبارات الإسقاطية لتقويم الشخصية، إلا أن قيمتها محدودة لتقدير شخصية الأفراد المتخلفين عقلياً (Cromwell , 1968 ,80). كما أن قوائم الشخصية الموضوعية (**مثل: اختبار ضبط التحكم**) تكون غالباً لها قيمة قليلة في تقويم الشخصية للأفراد المتخلفين عقلياً. وهذه القوائم غالباً تكون مقننة للتنبؤ بأبعاد محكية وحيدة، بينما تقويم الشخصية يتطلب من الإكلينيكي مسح البيانات التي تكون مرتبطة أو مناسبة لعدد كبير من الأبعاد. وهي تعتمد غالباً بصورة كبيرة علي التسهيلات اللفظية، وتكون صادقة مع المتخلفين عقلياً فقط عندما تطبق فردياً وشفهياً (Cromwell , 1968 , 81).

٨- الإفادة من تعبيرات الوجه عند التشخيص، وفي هذا الصدد هدفت دراسة هتزروني وأورن (Hetzroni & Oren , 2002) إلي فحص تأثيرات مستوي الذكاء ومكان الإقامة علي قدرة الأفراد المتخلفين عقلياً علي تحديد التعبيرات الوجهية، واستخدم في ذلك ٦ تعبيرات وجهية هي السعادة، الحزن، الخوف الغضب، الدهشة، النفور أو الكراهية، وانتهت نتائج الدراسة إلي أن التعبيرات الوجهية للأفراد المتخلفين عقلياً خفيفي الدرجة كانت مرتفعة أكثر مما وجد في المتخلفين عقلياً متوسطي

الدرجة ، وعدم وجود فروق جوهرية ترجع إلي مكان الإقامة ، والسعادة تكون سهلة التحديد ، أما الخوف والغضب يكونا أكثر صعوبة في التحديد.

٩- **سبب الإحالة** : هناك فروق جديرة بالملاحظة بين إحالة الأفراد العاديين والأفراد المتخلفين عقلياً **علي النحو التالي**:

(أ) معظم الأفراد المتخلفين عقلياً لا يأتون إلي الطبيب النفسي لأنهم يرغبون في ذلك وإنما يأتون برفقة أسرهم .

(ب) الطبيعة العامة للمشكلة الحالية: كالسلوك المزعج الذي يظهره المتخلف عقلياً .

(جـ) ما يتوقعه الفرد من الطبيب النفسي حيث يصف العقاقير الطبية وينبغي ألا ينظر إلي الطبيب النفسي علي هذا النحو ، فهو يقوم بالتقويم ووصف العلاج المناسب(Szymanski & Wilska, 1997 , 625)

١٠- الملاحظات الإكلينيكية يجب أن يتم تفسيرها في ضوء الخبرات الحياتية للمريض والتعلم ، والفهم ، ومستوي الاتصال ، وبشكل محدد ينبغي علي الطبيب أن يقوم بالآتي:

(أ) التمييز بين السلوكات المناسبة للعمر ، وتلك التي تكون مرضية في أي عمر.

(ب) يجب الحذر عند التشخيص فلا ينبغي أن نبالغ أو نقلل ، كما يجب مراعاة أن ليس كل السلوكات التي تكون مزعجة للآخرين تكون تعبير عن اضطراب نفسي حقيقي .

(جـ) يجب تقدير جوانب القوة والعجز والحاجة إلي المساندة والخدمات في كل مجال منفصل من أداء المريض ، وأيضاً في البيئة (**المجتمع والأسرة**).

(د) استشارة الاختصاصين في حالة الحاجة إليهم مثل : الاختصاصي في علم أمراض اللغة ، الإخصائي النفسي ، والاجتماعي ، طبيب الأمراض العصبية:
(Szymanski & Wilska, 1997 , 627)

١١- الاضطرابات النفسية لا تكون فحسب نتيجة الانحراف عما هو متوقع من الفرد في ضوء عمره ، أو المحتوي الثقافي الاجتماعي ، ولكن أيضاً لسببين هامين هما : استمرارية مشكلة الفرد ، وأنها تعوقه وتؤثر سلباً علي المحيطين به:
(Rosenhan & S[illegible]man , 1989 , 520)

١٢- عند مناقشة الفروق بين حالات التخلف العقلي و[illegible]ض العقلي يجدر بنا أن نعتد اعتداداً كبيراً بحقيقة هامة هي أنه غال[illegible] يكون الفصل بين احدي الحالتين والحالة الأخرى عند تشخيص الفرد الذي يكون متأثراً بكلتا الحالتين ، إلا أنه بالرغم من هذه الصعوبة توجد بعض المظاهر ذات الطبيعة الخاصة التي يمكن

التعرف عليها مما يساعد علي توضيح الفروق بين النوعين من الحالات العقلية المعوقة نعني التخلف العقلي والمرض العقلي (فتحي السيد عبد الرحيم ، ١٩٨١ ، ٦٥).

يجب العناية في التشخيص الفارقي لاضطرابات القلق بالفحص الطبي الدقيق والغرض من هذا استبعاد أي أمراض طبية يمكن أن تسبب هذه الأعراض إنه كثيراً ما يفترض المرض أن المشكلة "سيكوسوماتية" أو عصبية ليكتشفوا فيما بعد فقط أنها الأعراض الأولي لمرض طبي ، وهذا من شأنه أن يؤخر حصولهم علي العلاج المناسب المبكر ، ثم إن كثيراً من الأمراض الشائعة الغريبة ، ومن أمثلتها التسمم الدرقي ، وأورام الغدة فوق الكلية ، والصرع ، وبعض الأمراض المعدية كمرض البرُوسيلا ، قد تسبب أعراضاً مثل تلك الأعراض التي ندها في مرض القلق (**شيهان ، ١٩٨٨ ، ١٣٥**).

التشخيص الفارقي لاضطرابات القلق في الأطفال يجب أن تتضمن مسح للحالة الجسمية في اضطراباتADHD . واضطرابات القلق يعتريها صعوبة التمييز فالأطفال القلقون يبدون عدم الانتباه علي نحو مشابه للمحاكات الواردة في تشخيص قصور الانتباه/الحركة الزائدة ADHD ولكن أقل احتمالاً أن يظهرون النشاط الزائد ، وسلوكات الاندفاعية ، والنشاط الزائد . وتاريخ القلق الحاد أو الشديد يكون من المحتمل مميزاً أقوي لاضطراب القلق من ADHD وحوالي ١٥٪ إلي ٢٤٪ من الأطفال الذين لديهم قلق أيضاً يقابلون محكات ADHD علي العكس حوالي ٢٥٪ من الأطفال بـ ADHD وجدوا أيضاً لديهم اضطرابات قلق (Cheng & Myers , 2005 , 123) .

ومعظم الأطفال الذين لديهم اضطرابات اكتئابية أيضاً يشتركون في نفس الأعراض مع الأطفال الذين يعانون من القلق تتضمن : الانسحاب الاجتماعي وقصور في عملية التركيز عن أنفسهم والمستقبل ، وسوء تنظيم اضطرابات النوم . وتكون اضطرابات القلق مرتبطة غالباً بمواقف أو موضوعات التي تدفع إلي الخوف والقلق ، بينما في الاضطرابات الاكتئابية يكون أكثر تلقائية ويتسم بالانتشار :

(Cheng & Myers , 2005 , 124)

ويوجد فروق بين القلق والخوف : فالقلق غامض بينما الخوف محدد يكون التهديد داخلي في حالة القلق أما في حالة الخوف فيكون خارجي ، يكون القلق مزمن أما الخوف فيكون حاد ، القلق لا يزول بزوال المصدر ، بينما الخوف يزول مع زوال المصدر. (**حامد زهران ، ٢٠٠٥**) .

والصراع يكون موجود في القلق وغائب في الخوف ، ويكون المثير في القلق موجه لكيان الشخصية بكاملها ، أما في الخوف يكون موجه لجوانب محددة في القلق يشعر الفرد بالعجز عن المواجهة ، أما في الخوف يغيب مثل هذا الشعور (**محمد قاسم ، ٢٠٠٤ ، ١٧٥**) وتكون الشخصية في القلق كما في حالة الخوف الشديد يصاحبه نقص في ضغط الدم وضربات القلب وارتخاء في العضلات أما في حالة القلق الشديد فيصاحبه زيادة في ضغط الدم وضربات القلب وتوتر بالعضلات مع تحفز وعدم استقرار وكثرة الحركة (**أحمد عكاشة ، ٢٠٠٣ ، ١٣٤**).

أما الفرق بين الخوف والفوبيا Fears &Phobia فالخوف حالة انفعالية طبيعية تشعر بها كل الكائنات في بعض المواقف ، فتظهر في أشكال متعددة الدرجات تتراوح بين مجرد الهلع والرعب ، وكلما كانت درجة الخوف في الحدود المعقولة كان الإنسان سوياً يتمتع بالصحة النفسية ، وأمكنه أن يسيطر بعقله علي مخاوفه(ملاك جرجس ، ١٩٧٧ ، ٢٩). والفوبيا مخاوف لاعقلانية وحادة والتي تكون مرتبطة بصورة مباشرة بأحداث أو مواقف محددة"(Sarafinc, 1986) .

ويصف ماركس المخاوف المرضية (Marks, 1969) علي النحو التالي :

١- غير متناسبة مع متطلبات الموقف.

٢- يصعب تفسيرها.

٣- بعيدة عن الضبط والتحكم الإرادي.

٤- تؤدي إلي تجنب الموقف المخيف.

أما ميللر وآخرون (Miller et al ., 1974) فيرون أن الفوبيا تتصف بما يلي :

١- تستمر لفترة زمنية طويلة.

٢- لا تكيفية.

٣- لا تكون محددة بزمن أو مرحلة.

أسباب القلق

تتعدد أسباب القلق فهناك تأثير العامل الوراثي علي ظهور اضطرابات القلق حيث تكرار مرتفع من الاضطراب وجد في أقارب من الدرجة الأولي للمريض والتوائم تسجل أيضاً مساندة أن اضطرابات القلق تكون علي الأقل جزئياً محددة وراثياً :
(Sadock & Sadock , 2003 , 595)

ويشير أيزنك إلي وجود تنبؤين هامين : يشير التنبؤ الأول إلي أن الوراثة تسهم بنسبة تتراوح ما بين ٥٠ إلي ٦٠٪ من الفروق الفردية في كل أبعاد الشخصية بينما يشير

التنبؤ الثاني إلي أن الفروق الفردية في قلق السمة والعصابية تقدر بحوالي ٣٥٪ (Eysenck, 2000 , 463).

الوراثة وكيمياء المخ : هناك نوعان من الناقلات الكيميائية : منبهة ومهدئة ، ويعمل الجهاز العصبي في توافق بالمنبهات والمهدئات حسب ما يتطلبه الحال ، وما يحدث في اضطراب القلق أن المنبهات لخطأ وراثي تتفوق وتتحكم في المهدئات فيبقي الجهاز العصبي متنبهاً ، ومتوتراً دائماً (**عبد الرءوف ثابت ١٩٩٣ ، ١٩٥**).

وتشير مدرسة التحليل النفسي إلي أن القلق منشؤه التعارض بين مبدأ اللذة ومبدأ الواقع ، وهذا التعارض يؤدي إلي الإحباط ، وتتفاوت شدة القلق تبعاً لتغلب " الذات" علي الإحباط ومسايرتها للواقع (**انتصار يونس ، ١٩٨٥ ، ٣٩٢**).

وأشار فرويد إلي أن خوف الطفل هانز من الأحصنة نتج عن عقدة أوديب أو من إزاحة الخوف من والده إلي الحصان ، ويري فرويد أن القلق إشارة لكي تقوم بعمل اللازم ضد ما يهددها ، وكثيراً ما يكون المهدد هو الرغبات المكبوتة في اللاشعور. وهنا إما أن تقوم الأنا بعمل نشاط معين يساعدها في الدفاع عن نفسها وإبعاد ما يهددها ، وإما أن يستفحل القلق حتى تقع الأنا فريسة للمرض النفسي (**حنان عبد الحميد ، ١٩٩٥ ، ١١٠**).

والقلق عند فروم وسوليفان ينتج من سعي الفرد إلي الاستقلالية والتجديد مع أنه يشعر بالأمن في التبعية وضمن القطيع (**صلاح مخيمر ، ١٩٧٩ ، ١٠٥**).

بينما تري هورني أن القلق ينشأ في مرحلة الطفولة عندما يشعر الطفل بالعجز عن مواجهة التهديدات في العالم الخارجي ، ونظراً لشعور الطفل بالعجز فإنه في حاجة إلي والديه اللذان يمدانه بالحماية والإشباع ، والآباء المحبين للطفل يمدونه بالحماية ولكن بطريقة شاذة ، ولا مبالاة ، أما الآباء الرافضين تتسم ردود فعلهم بالحدة إزاء مشاعر الطفل وإحساسه بالعجز والضعف (Morgan et al ., 1986 , 587) .

ويري أدلر أن القلق النفسي ترجع نشأته إلي طفولة الإنسان الأولي حيث كان المريض يشعر بالقصور الذي ينتج عنه عدم الشعور بالأمن ، ويري أصحاب هذه المدرسة أن القلق المرضي استجابة مكتسبة قد ينتج عن القلق العادي تحت ظروف أو مواقف معينة ثم تعمم الاستجابة بعد ذلك (**مصطفي فهمي ، ١٩٩٥ ١٦٠-١٦١**).

ويفسر أوتورانك القلق علي أساس الصدمة الأولي وهي صدمة الميلاد فانفصال الوليد عن الأم هو الصدمة الأولي التي تثير لديه القلق الأولي ، فالفطام يثير لدي الطفل القلق لأنه يتضمن انفصالاً عن ثدي الأم ، (**عطا الله فؤاد ، دلال سعد ، ٢٠٠٩ ، ٧٨**).

أما النظرية السلوكية فقد ركزت علي الاشراط الإجرائي ونمو الاستجابات الفوبية . فالاقتران بين الخبرات الباعثة علي القلق مع رؤية الحصان مصاب أو يسقط سوف تؤدي إلي الخوف من الحصان (Cheng &Myers , 2005,119) .

ويري السلوكيون أن القلق في الأصل قد يكون مرتبطاً بالخوف ومتفرعاً منه عن طريق عمليات متعاقبة من الربط ، تنتهي بنسيان المصدر الأولي الذي أثار الخوف ، ويظل الشعور به مع غموض مصدره ، وهذا الشعور هو الذي ندعوه بالقلق (قاسم حسين ، ٢٠٠٨ ، ١٧٩).

وفي النموذج المعرفي فإن المريض يميل إلي المغالاة في تقدير الخطر واحتمالية وقوع الأذى في الموقف ، ويميل إلي التقليل من قدراته علي مواجهة التهديد المدرك للهناء النفسي والبدني (Sadock & Sadock , 2003 , 594) .

وأرجع أيزنك Eysenck , 1997 القلق إلي العمليات المعرفية وأن الخبرات الانفعالية للقلق تُبني في ضوء أربعة مصادر للمعلومات علي النحو التالي :

١- تعتمد بشكل كبير علي الموقف والتقديرات المعرفية المرتبطة به(مصدر خارجي) .
٢- تُبني علي النشاط الفسيولوجي (مصدر داخلي).
٣- تُبني علي المعرفة المرتبطة بالأحداث المستقبلية الممكنة.
٤- تتوقف علي المعلومات المستمدة من السلوك الخاص بالفرد علي سبيل المثال الفرد الذي يتحدث للجمهور ، ويصبح علي دراية بأن يداه تهتزان ، والكلام يكون مفكك غير مترابط ، من الممكن أن يؤدي ذلك إلي ارتفاع مستويات القلق لديه.

والأفراد الذين يعانون من قلق مرتفع وميكانزمات دفاعية أقل يكون لديهم تحيزات معرفية تقودهم إلي المبالغة ، والتضخيم لحجم التهديدات المستمدة من المصادر الأربعة السابقة ، أما الأفراد الذين يعانون من قلق منخفض وميكانزمات الدفاع لديهم مرتفعة يكون لديهم تحيزات معرفية يؤدي بهم إلي تقليل لحجم التهديدات المستمدة من المصادر الأربعة السابقة (Eysenck, 2000 , 463, 465).ويشير بيك وكلارك إلي أن اضطرابات القلق ترجع إلي خبرات التعلم السابقة(Beck& Clark, 1988).

وتشير نظرية التداخل المعرفي سارسن ، سارسن ، بيرس Cognitive Interference (Sarason , 1984 ; Sarason, Sarason Pierce ,1990) إلي أن حالة الذات غير المناسبة لأداء المهمة تتداخل مع التجهيز المرتبط بها ، وتعوق الأداء . ويري أنصار هذه النظرية أن المستويات المرتفعة من القلق تؤدي إلي أن حالة الفرد تكون غير ملائمة لأداء المهمة ، وعندئذ تتداخل مع الأداء المعرفي و تري أن مكونات الذاكرة العاملة

لاسيما (التكرار الصوتي ، والضبط التنفيذي المركزي يكونا أكثر حساسية لهذا التداخل الصوتي(Coy ,1997 ,15) .

وقد أصبح من الحقائق المسلم بها أن ضغوط البيئة قوة تسبب القلق وفي الغالب يوجد نوعين : النوع الأول الضغط المباشر الذي تسببه الأشياء التي تختل في البيئة : حين يتعرض الإنسان للتهديد ، أو يفقد وظيفته ، أو يواجه الطلاق ، والوالد الذاهل الباحث عن طفله المفقود. والنوع الثاني من القلق فهو مرتبط بالصراع حين تتصارع قوتان متضادتان (**شيهان ، ١٩٨٨ ، ١٢٤-١٢٥**) .

والسبب الرئيس للقلق هو انعدام الشعور الداخلي بالأمن عند الطفل عدم الثبات في معاملة الطفل سواء كان المعلم في المدرسة أو الأب في البيت واللذان يتصفان بعدم الثبات في معاملته ، واللذان يكونان سبب آخر في القلق عنده النقد من الرفاق والراشدين للأطفال يجعلهم يشعرون بالقلق والتوتر. تقليد الآباء في الغالب ما يكون الأطفال قلقين كآبائهم فالآباء القلقون يجب أن يكون لهم أطفال كذلك(**شيفر، مليمان، ٢٠٠٦،٨٥-٨٦**).

فأبناء الأب القلق قلقون : إذ يتعلم الأطفال القلق من والديهم ، وتتطور لديهم هذه المشاعر أثناء حالات الإشباع والتنشئة الاجتماعية ، إذ يرضع الطفل مع ما يرضع من حليب ، يرضع خصائص والديه(**عبد الرحمن عدس ، نايفة قطامي ٢٠٠٢ ، ٢٧٢**)(Bogeles & Phares , 2008).

والحرمان العاطفي ورفض الطفل يؤدي إلي عجزه عن وزن وتقدير الآخرين واضطراب علاقاته الاجتماعية مما يؤثر في تقديره لذاته وينمي عنده الشعور بالقلق وعجز الفرد عن تحقيق ذاته الذي يتمثل في استخدام مواهبه ومهاراته في الوصول إلي أهدافه وإشباع رغبته يشعره بالدونية والفراغ النفسي الأمر الذي يعرضه للقلق الشديد(**انتصار يونس ، ١٩٨٥ ، ٣٩٢**) .

كما تلعب النمذجة ، والحماية الزائدة ، وتدعيم التجنب ، والتفسيرات الوالدية الخاطئة ، والصراعات الزوجية دوراً هاماً في نشأة واستمرار القلق لدي الأبناء (Bogeles & Phares, 2008 , 540) وتوقعات الكبار من الأطفال في أن تكون انجازاتهم هامة وغير ناقصة تشكل مصدراً من مصادر القلق عندهم ويأتي قلق الأطفال بسبب عدم قيامهم بالعمل المطلوب منهم بشكل تام(**سعيد حسني ، ٢٠٠٢ - ب ، ٧٥**).

علاج القلق

قبل أن نتناول علاج القلق والاضطرابات النفسية الأخرى يجب التنويه علي بعض النقاط الهامة التي يجب أخذها في الاعتبار علي النحو التالي:

(١) **التشخيص الشامل** : لا ينبغي أن يتم تشخيص الاضطراب وفقاً لمعلومات غير دقيقة أو غير كافية ثم وصف العلاج مثل استخدام مضادات الاكتئاب ، ولكن يجب فهم كل العوامل ذات المنشأ في حدوث الاضطراب .

(٢) **تطوير وتنمية أهداف العلاج** : يجب توسيع الأهداف الخاضعة للعلاج مثل الأهداف العليا أو القصوي مثل علاج الاكتئاب ، وعلاج الأهداف المتوسطة مثل تحسين حالة الأرق ، وخفض حدة الهيجان أو الانفجار العدواني.

(٣) **تنمية أولويات العلاج** : فيمكن استخدام المعالجة اليدوية البارعة في العلاج ، فإذا كانت غير ناجحة يمكن إعطاء العقاقير الطبية.

(٤) **مراقبة نتائج العلاج** : بسبب تعدد الاختصاصات فمن الممكن أن تكون البيانات غير متسقة ، وهذا يتطلب استخدام مقاييس محددة للمتابعة.

(٥) **يجب تجنب مفهوم العلاج المطلق أو المبهم** : ينبغي أن يستمر العلاج حتى يتبين أنه أثبت أو برهن علي فاعليته من خلال النتائج المقاسة .

(٦) **تعاون الفريق العلاجي** : يجب تعاون الفريق العلاجي مثل: الأسرة الطبيب ، الإخصائي النفسي والاجتماعي ...الخ . (Szymanski & Wilska, 1997 , 630).

أولاً : العلاج الطبي

استخدام عقار ألبرازولام Alprazolam وهي نصف مليجرام ثلاث مرات يومياً ، وتؤخذ بعد الانتهاء من كل وجبة ، واستخدام عقار فينيلزين Phenelzine فإن الجرعة المبدئية هي ١٥ مليجرام يومياً ثم تزداد الجرعة بمعدل ١٥ مليجرام كل ثلاثة أيام أو أربعة وبعد أن تصل الجرعة إلي ١٥ مليجرام ثلاث مرات يومياً نزداد كل أسبوع بمعدل ١٥ مليجرام إلي أن تظهر بعض الآثار الايجابية الشائعة النمطية(**شهان،١٩٨٨،١٦٦-١٦٧**).

ولا مانع من استعمال المنومات ، وبعض مشتقات "**البنزوديازبين**" تستعمل كمنومات مثل "الموجادون ، والروهيبنول ، والنرميسون(**عادل صادق ، ٢٠٣ ، ٤٢**).

ثانياً : العلاج الجراحي

توجد بعض الحالات النادرة من القلق النفسي المصحوبة بالتوتر الشديد والاكتئاب والتي لا تتحسن بالعلاج النفسي والكيميائي أو السلوكي ، والتي تشل حياة

المريض اجتماعياً هنا نلجأ إلي العملية الجراحية في المخ ، لتقليل شدة القلق والتوتر ، ويتم قطع الألياف العصبية الموصلة بين الفص الجبهي في المخ والثلاموس ، أو تقطع الألياف الخاصة بالانفعال الموجودة في المخ الحشوي ، وبقطع هذه الألياف توقف الدائرة الكهربائية الخاصة بالانفعال. وأحياناً ما يتم كي هذه المراكز كيميائياً أو كهربائياً (**أحمد عكاشة ، ٢٠٠٣ ، ١٥٠-١٥١**).

ثالثاً : العلاج التأملي Meditation

الطريقة التأملية من الطرق القديمة التي تكثر ممارستها في الحضارات الشرقية وهي مزيج من التأمل وضبط النفس وتمارس في طقوس فردية أو جماعية وقد دلت معظم الأبحاث علي أن الطرق التأملية ذات فائدة ، فهي تعطي الممارس لها الهدوء العقلي والاسترخاء الجسمي ، وهذه النتائج لا تأتي بسبب محتوي التأمل وإنما بسبب أسلوبه ، وفي السنوات الأخيرة انتقل هذا الأسلوب من الشرق إلي الغرب ، وأجريت أبحاث عديدة لتقرير ما يحدث فعلاً أثناء الجلسة التأملية من التغيرات الفيزيولوجية في الجسم ، والنتائج الايجابية التي تحدث في التأمل تشبه إلي حد كبير النتائج الايجابية التي تحدث في عدة وسائل أخري للاسترخاء مثل التدريب الذاتي والنهي المتبادل(**علي كمال ، ١٩٨٨-أ، ١٨٦**).

رابعاً : العلاج السلوكي

بالاسترخاء التدريجي للعضلات تتلاشي شيئاً فشيئاً آثار النشاط الذهني والاضطرابات الانفعالية . وإن هذه الحالات الانفعالية لا تبرز إلي الوجود عند الاسترخاء التام لأعضاء الجسم (**مصطفي فهمي ، ١٩٩٥ ، ٣٥٩**) .

ويقوم الاسترخاء علي الفرض العام الذي صاغه ولبي أنه: " إذا أمكن إحداث استجابة كامنة للقلق في حضور منبهات مثيرة للقلق ، فإن ذلك من شأنه أن يضعف الرابطة بين هذه المنبهات وبين استجابات القلق (**ولبه ، ١٩٨٥ ٣٢١**). ويفيد الاسترخاء في علاج حالات القلق من خلال ما ينتجه من تأثيرات فسيولوجية مضادة للقلق ، ويزيد من انسياب الدم في الجهاز العصبي الطرفي Peripheral ويخفض من ضربات القلب(Kaplan & Sadock , 1998, 912) .

ويقيم ولبي نظرية كاملة في العلاج النفسي تقوم علي إرخاء العضلات إرخاء عميقاً (**عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٤ ، ١٥٣**) .

وعادة ما يستخدم أسلوب الاسترخاء كأسلوب علاجي مستقل أو مصاحب للعلاج بطريقة الكف بالنقيض عندما نحتاج إلي خلق استجابة معارضة للقلق والتوتر عند ظهور المواقف المهددة . ويعتمد أسلوب الاسترخاء علي بديهة فسيولوجية معروفة ، فالقلق

والخوف والانفعالات الشديدة عادة ما تكون تعبيراً عن وجود توترات عضوية وعضلية، ولهذا فإن الطفل في حالات الخوف والانفعال يستجيب بزيادة في الأنشطة العضلية فتتوتر العضلات الخارجية لتكون حركات لاإرادية مثل اللوازم (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٣، ٧٥-٧٦).

ويتعلم المريض أن يشد عضلاته ثم يقوم بعملية استرخاء لها، والتعليمات من الممكن أن يتم تسجيلها ويقوم بها المريض في المنزل، وحوالي ٦ ساعات تكون مخصصة لتدريبات الاسترخاء، وفي بعض الحالات الإيحاء لتسهيل عملية الاسترخاء أو يمكن أن يطلب من المريض أن يتخيل المشاهد وهو مسترخي (Phares, 1988 , 369).ومعظم النماذج.العلاجية المستخدمة مع العاديين يمكن تطويعها للاستخدام في علاج ذوي الاحتياجات الخاصة (Russell , 1985 , 118) .

وقد استخدم هذا الأسلوب مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة فعلي سبيل المثال - أظهرت نتائج دراسة ميرانتي وفريدمان (Miranti & Freedman , 1991) أهمية استخدام الاسترخاء لعلاج حالات القلق لدي الأفراد المتخلفين عقلياً .

وآباء الأطفال الذين يعانون من قلق الانفصال يحتاجون إلي تنمية رؤية مشتركة مع الفريق المعالج علي مقدمات أعراض الانفصال وأنواع التداخلات الفعالة Cheng &) (Myers , 2005 , 125 والعلاج السلوكي للقلق يتضمن الفنيات التالية : التعرض، التحصين المنهجي، النمذجة(Werry & Wollersheim, 1991).

خامساً :العلاج الأسري

يهدف العلاج الأسري إلي تقويم منظومة الأسرة من حيث تحديد جوانب الكفاءة والأنماط التفاعلية الأسرية غير السوية مثل (الضبط الزائد، الحماية الزائدة، الصراع)، ومعظم الأطفال الذين يعانون من اضطرابات القلق يعاني آبائهم أيضاً من القلق. ويتطلب استمرارية الاضطراب الوظيفي لأنماط الأسرة تغيير الأنماط غير التكيفية وتحقيق الضبط الوالدي (Cheng & Myers , 2005 , 127).

واستخدام تكنيكات إعادة البناء المعرفي، وتحسين العلاقات بين الطفل ووالديه، ومنع حدوث الانتكاسة(Ginsburg & Schlossberg , 2002).

ويمكن للوالدين أن يسهموا بدور فعال في علاج قلق أطفالهم من خلال النمذجة، والتشجيع، والضبط، والمساندة، وتدعيم التجنب، والتفسيرات الوالدية الصحيحة،

وصدق الانفعالات ، والانفعالات المعبر عنها ، وسلوك التعلق ، وخفض حدة الصراع الزواجي ، والاضطرابات النفسية الوالدية(Bogels & Phares , 2008,540).

ويتطلب العلاج أن تكون الأم أقل لجوءاً للحماية الزائدة إزاء الطفل ، وأكثر تشجيعاً للاستقلالية ، وتشجيع تضمين الوالدين مع أبنائهم لاسيما في حالة الطلاق أو المشاكل الزواجية المزمنة من الممكن أن تكون هامة لمنع أطفالهم من نمو القلق:
(Bogels & Phares , 2008,553)

ويؤثر غياب الوالدين علي تحقيق الفوائد المرجوة من العلاج فقد أظهرت نتائج دراسة (Duhig et al ., 2002) إلي أن حوالي ٤١٪ من الجلسات العلاجية للقلق ، والمشكلات الانفعالية للأطفال لم يكن الوالدان مشتركين فيها. وانتهت نتائج دراسة ميندلوتيز وآخرون (Mendlowitz et al ., 1999) إلي أن تضمين الوالدين في البرامج العلاجية للقلق أظهرت تحسناً واضحاً في خفض حدة القلق لدي أبنائهم .

سادساً : العلاج الجشطلتي

يركز هذا العلاج علي خبرة الفرد الواعية بذاته وببيئته ، ويتم ذلك باستخدام بعض الفنيات مثل فنيات المقعد الخالي ، حيث يجلس المريض علي مقعد وأمامه مقعد خال يتخيل جلوس شخص آخر عليه ، ويبدأ في حوار تخيلي مع الشخص .

سابعاً : العلاج البيئي

يعتمد العلاج البيئي علي تعديل العوامل البيئية التي تؤثر في المريض مثل : تغيير نوع العمل ، وتعديل البيئة الأسرية من حيث اتجاهاتها نحو المريض وإرشاد أفراد الأسرة لتغيير أنماطهم السلوكية بما يساعد المريض علي الشفاء (**صالح حسن ، ٢٠٠٨ ،٢٧١**) .

بعض الإرشادات العامة لمدرسي التربية الخاصة للتغلب علي اضطرابات القلق :

١- تقديم الواجبات التعليمية السهلة قبل تقديم الواجبات الصعبة في المواقف التعليمية.

٢- حاول أن يكون النجاح هو محور الموقف التعليمي ، وبالتالي حاول منع الفشل .

٣- قدم المواد التعليمية بتسلسل منطقي (**جيستن وآخرون ، ١٩٩٤ ، ٢٧**) .

الهستريا Hysteria

استخدم لفظ " **هستريا** " لأول مرة في مؤلفات أبو قراط (٤٦٠ ق.م) واشتق هذا اللفظ من الكلمة اليونانية " **هسترا** " والتي تعني الرحم لأن الفكرة الشائعة في ذلك الوقت أن هذا المرض لا يصيب إلا النساء بسبب تحركات الرحم داخل جسم المرأة ، وقد أوضحت

المخطوطات الإغريقية علاقة الهستريا بالحرمان الجنسي والتغيرات العضوية التي تحدث في الرحم (**محمد عودة ، كمال مرسي ١٩٩٤ ، ١٩٣- ١٩٤**).

وقد أنكر الأطباء النفسيون حديثاً اصطلاح الهستريا واستعاضوا عنه باصطلاح التحول Conversion والانشقاق Dissociation بينما بعض الأطباء ينكر وجود الهستريا كمصنف خاص بذاته ، ويعتقد أن الأعراض الهستيرية ما هي إلا أعراض لاضطرابات نفسية أو عضوية متجمعة لم يتبين بعد حقيقة أسبابها(عبد الرءوف ثابت ، ١٩٩٣ ، ٢١٣) .

وقد وضعت الهستريا (الاضطراب التحولي والاضطرابات الانشقاقية) في التصنيف DSM-IV-TR تحت الاضطرابات ذات الصورة الجسمية والانشقاقية.

وفي الاستجابة التحولية تتحول المتاعب النفسية من قلق واكتئاب وإحساس بالضغوط والصراعات إلي عرض عضوي .أما في الاستجابة الانشقاقية يكون الأساس أيضاً هو الهروب فهو يهرب من كل جسمه ومن كل نفسه ، لينفصل أو ينشق عنهما ويتحول إلي إنسان آخر لا يعرف شيئاً عن الإنسان الأول ، وكأنه ولد من جديد ، أو كأنه بعث من جديد تحت اسم جديد وهوية جديدة وأن ليس له علاقة بالشخص القديم (**عادل صادق ، ٢٠٠٣ ، ٨٤**) .

والأعراض الانشقاقية تكون أكثر تعقيداً وتأخذ أشكالاً قابلة للفهم معبر عنها بفهم المريض للمرض (Gelder et al ., 1998 , 872) .

والهستيري في نظر الناس هو: الشخص المهزوز الغير ثابت الذي ينخرط فجأة في البكاء مثلاً بلا سبب واضح ، ثم يعود بعد ذلك إلي عمله ، وكأن شيئاً لم يحدث أو الذي ينفعل انفعالاً شديداً لشيء تافه ، أو نحو ذلك . وتكون هذه النوبات مصحوبة بحركات وإشارات تخرجه عن الصورة المألوفة التي تلتزم حدود الوقار والاحترام(**إبراهيم وجيه، ١٩٧٤ ، ٧٨**).

وفي الهستريا فإن المصاب لا يهمه كثيراً أن يخلص من مرضه ، وكثيراً ما يقف عن السعي وراء العلاج ، إن حالته طريقة من طرق التكيف أمام أخطار قلق لحق صراعاً شديداً، إنه يخلص من قلقه بالإصابة التي يوقعه فيها لاشعورياً. إن اتصاله بالواقع لا يصيبه عطل هام ، ووضعه العام يظل في مستوي يتيح له مواجهة ما يريد مواجهته من جوانب الحياة اليومية (**عطا الله فؤاد، دلال سعد ٢٠٠٩ ، ٧٨-٧٩**) .

وتهدف أعراض الهستريا إلي التخلص من التوتر والقلق الناتج عن دوافع ونزعات مكبوتة في اللاشعور ، ولكن كثيراً ما يؤدي ظهورها إلي توتر شعوري ويقع الفرد في صراع

بين رغبته الشعورية في التخلص من هذه الأعراض وبين رغبته اللاشعورية في التخلص من هذه الأعراض وبين رغبته اللاشعورية في الاحتفاظ به(انتصار يونس ، ١٩٨٥ ، ٣٩٠) .

معدلات انتشار الهستريا

جدوث الاضطرابات التحولية في الطفولة تتنوع بين الدراسات بسبب اختلاف الناس ، واختلاف المحكات التشخيصية . وفي معظم الدراسات يتنوع الحدوث ما بين ٠,٥٪ إلي ١٠٪ وهذه الاضطرابات تكون أكثر شيوعاً ثلاث مرات لدي المراهقين بخلاف ما قبل عمر المراهقة (**حسن مصطفي ، ٢٠٠٣-أ ، ٣٩٣**).

وتتباين نسبة انتشار الاضطراب وتتراوح ما بين ١١-٣٠٠ لكل مائة ألف في عينة من المجتمع العام ، أما نسبتها بين المراجعين للعيادات الخارجية بين ١-٣٪ كما يشيع بين سكان الريف وخاصة ذوي المستويات الاقتصادية الاجتماعية المتدنية ، والأشخاص الذين ليس لديهم معلومات عن المفاهيم النفسية والطبية ، وقد يصيب الاضطراب الأطفال دون العاشرة (**محمد السيد ، ٢٠٠٠-أ ٤٦٨**).

وتوجد الأعراض الهستيرية بين الأشخاص غير الناضجين والمنخفضين في الذكاء . والهستريا تظهر في مستويات تربوية مختلفة إلا أنها تكثر في الأوساط التي يكثر فيها الجهل والخوف من المجهول والسحر وتأثير الأرواح وما إلي ذلك كما أن نسبة انتشارها في الإناث ضعف نسبتها في الذكور(**عطا الله فؤاد ، دلال سعد ، ٢٠٠٩ ، ١٩٠**) .

أعراض الهستريا

رد الفعل التحولي يظهر هذا النوع من الهستريا في صور غريبة والأعراض البدنية تكون بلا أساس عضوي ، وهؤلاء الأفراد الذين يعانون من هذا النوع يصابون بالشلل في الأيدي أو الأرجل وبالعمى والصمم ، هم من الممكن أن يفقدون الإحساس في أحد أجزاء الجسم (Kagan & Haveman , 1991, 365) .

والأعراض الهسترية قناع تلبسه الغرائز المرفوضة والشهوات المنبوذة والأفكار المرذولة والعواطف المشبوهة ، والأعراض الهستيرية أيضاً قناع تلبسه المشاعر الحقيقية ، ولكنها مشاعر مرفوضة تماماً أن تبدو كما هي وإلا أحرقت الدنيا وأحرقت أيضاً صاحبها مثل مشاعر الكراهية والمشاعر العدوانية ، إذ كيف يطيق العقل الواعي أن يجعل صاحبه يعي أنه إنسان يحمل كراهية في قلبه ويحمل عدواناً في صدره ، كيف يطيق أن يجعل صاحبه يعي ويدرك ويري نفسه بهذه الصورة الكريهة ، ولهذا فهو يرفض هذه المشاعر

وينكرها فيتلقفها العقل الباطن ولكنه لا يقضي عليها لأنها حقيقة ، ولا بد من التعبير عنها ولهذا يحورها في صورة رمزية(**عادل صادق ، ٢٠٠٣ ، ٧٥**).

ولذلك نجد أن المريض الهستيري الذي يتردد علي احدي العيادات النفسية غير قادر أن يذكر الأسس التي أدت إلي تكوين العرض أو حتى مجرد التعرف علي أن العرض قد نبع من مخاوف معينة نتيجة لأحداث أو ظروف معينة مر بها(**مصطفي فهمي ، ١٩٩٥ ،٨٨**).

ويمكن تقسيم أعراض الهستريا علي النحو التالي :

أ- الأعراض الحسية.

أ- العمى الهستيري .

يشعر الفرد بألم شديد في عينيه ويعجز عن الكتابة لأشياء أو موضوعات أو واجبات لا يريد كتابتها ، أو قد يكون استجابته لفقدان البصر كما يبدو علي الشخص أن يري صورتين أو أكثر لفرد واحد ، وتتصف العناصر أمامه بالضبابية ، وعدم الوضوح لعدم رغبته في التعامل معها ، والعمى الهستيري يحدث فجأة بعد صدمة انفعالية شديدة يرغب الفرد لاشعورياً في عدم تذكرها أو رؤيتها فيفقد البصر(**أديب محمد،٢٠٠٦ ، ٢٢٩**).

ويمكن تمييز هذه الحالة عن حالة فقد البصر العضوي أو ضعفه ، بمراقبة المريض ، إذ نجده يبصر في مواقف دون مواقف أخري ، فبينما لا يري الشخص الذي يقف أمامه ، أو بينما لا يري باب الغرفة ، نجده يتبن طريقة إلي الباب ويخرج من الغرفة بدون أن يتعثر في شيء أو نجده يغمض عينيه إذا اقتربنا منه شيئاً (**إبراهيم وجيه، ١٩٧٤، ٨٤**) .

فتاة في الرابعة عشرة من عمرها كانت البنت الوحيدة بين عائلة كبيرة من الأولاد الذكور ، وكانت يقع علي عاتقها جميع الأعباء المنزلية ، أنها كانت ترفض عملية غسل الأطباق والقيام بأعمال التنظيف ، وكانت تعود كل يوم من مدرستها وليس لديها أية رغبة في أداء هذه الأعمال ، مما دعا أمها ذات يوم إلي تعنيفها فردت عليها بحدة فانهالت الأم عليها بصفعة شديدة علي وجهها وعلي الفور أصبحت الفتاة عمياء وهذا المثال يدلل علي التجاء الفرد إلي حل مشاكله عن طريق الهرب إلي لون ما من ألوان العجز. وبوجه عام فإنه في حالة الفرد الذي يعاني من الهستريا يلاحظ عدم وجود أخطاء عضوية لديه. وعندما يتم حل الصراع سيختفي هذا العجز(**مصطفي خليل ، ١٩٨٣ ،٢٦٧**) .

٢- الصمم الهستيري

الشخص الهستيري المصاب بالصمم لا يرغب في سماع مالا يريده فهو لا يرغب في سماع أخبار تؤلمه وتضايقه. وحالة فقدان السمع يمكن تمييزها عن أعراض أمراض

الحواس الحقيقية بنفس الكيفية ، فقد السمع الهستيري مثلاً لا يحدث إلا أثناء اليقظة ، ويزول أثناء النوم ، حتى أنه يمكن إيقاظ المصاب به من نومه بمناداته باسمه فقط (إبراهيم وجيه ، ١٩٧٤، ٨٥) .

٣- فقدان حاسة الشم

يصاب الفرد بفقدان حاسة الشم حتى لا تجد نفسه مضطراً لشم روائح تستثيره ، ولا تظهر علامات عضوية علي الأنف عند إجراء الفحص الطبي وإن فقدان هذه الحاسة نتيجة رغبة لاشعورية لدي المريض في شم الروائح التي تذكره بأحداث تنبعث منها روائح منفرة له (أديب محمد ، ٢٠٠٦ ،٢٢٩).

٤- الخدار والتنميل وفقدان الحس التحولي

الصفة السريرية لهذا العرض التفارقي هي فقد الشخص إحساسه في مناطق معينة في جلده فقد يكون له حدود واضحة لا تتوافق إطلاقاً مع التوزع التشريحي للأعصاب الحسية في هذه المناطق ، وقد يترافق فقد الحس هذا بأحاسيس غريبة مثل الإحساس بالوخز أو التنميل ، أو فقد بعض الأحاسيس دون البعض الأخر ، كأن يفقد فقط الإحساس باللمس أو بالألم أو بالحرارة بشكل لا يمكن تعليله بأية إصابة عصبية عضوية(محمد أحمد ، ٢٠٠٦ ، ٧٦) .

ب- الأعراض الحركية

١- الشلل الهستيري

تظهر هذه الأعراض الجسمانية بشكل فجائي لا تسبقه شكوى المريض من أية علة تتصل بعضو الجسم المصاب ، ومن أمثلة ذلك الجندي الذي يصاب بالشلل في أصابعه عندما يصدر له الأوامر بإطلاقه النار في ميدان القتال ، ويرجع ذلك إلي وجود علة نفسية أكثر منها عضوية (مصطفي فهمي ، ١٩٩٥ ، ٢١٦) .

٢- الارتعاشات

تصيب الهستريا جزءاً من أجزاء الجسم أو قد تشمل الجسم فينتفض كله وهي تختفي عندما يكون المريض مشغولاً أو منهمكاً أو في عمل يهمه ، وتكثر إذا تنبه لها. وخاصة إذا كان هناك من يراقبه ومثلها التقلصات التي تظهر في عضلات الوجه أو حركة الشفتين أو انقباض احدي اليدين أو اهتزاز احدي الساقين أو الساقين معاً ، أو نحو ذلك (إبراهيم وجيه ، ١٩٧٤، ٨٣).

٣- التقلصات الهسترية

لا يقصد بها التلقلصات العادية التي نتعرض لها أحياناً ، والتي تحدث فجأة وتسبب شيئاً من الألم والتي يسببها البرد الشديد والحرارة الشديدة أو الالتهاب الشديد ، إن التقلصات الهسترية تختلف عن سابقتها وهي تحدث نتيجة عوامل نفسية ، ومن أمثلتها : اعتقال عضلة الإصبع عند الكتاب وسببها أن شخصاً ما اتخذ لنفسه الكتابة مهنة ولم تجد كتاباته قبولاً ومن ثم فإنه يتعرض لبعض التقلصات في أصابعه تحول بينه وبين القيام بمهنته ، في حين أنه يستطيع استعمال أصابعه في أعمال أخري دون أن تصاب هذه الأطراف بالتقلصات (**مصطفي فهمي** ، ١٩٩٥ ، ٢١٧) .

٤- فقدان الكلام

لهذا العرض المرضي مظهران :

١- فقدان القدرة علي الكلام بصوت مرتفع.

٢- فقدان القدرة علي الكلام كلية (**مصطفي فهمي** ، ١٩٩٥ ، ١٧٣).

يأتي فقد الصوت علي أثر نبأ مزعج نتيجة خوف شديد ، وعندها يفقد المريض القدرة علي الكلام تماماً ، ويكتفي في معاملته للمحيطين به بالإشارات أو الكتابة في الوقت الذي لا تتأثر فيه قدرته علي تصريف شئونه بوجه عام وضعف الصوت أو انخفاضه يأتي بالمثل عقب مشادة أو عقب التعرض لحالة انفعالية حادة ، وعندها يبدأ المريض في الكلام بصوت منخفض للغاية أقرب إلي الهمس ، وهو يذهب فجأة كما يأتي فجأة ، مما يدل تماماً علي أنه لا يرتبط بأية ناحية عضوية وظيفية(**إبراهيم وجيه** ، ١٩٧٤، ٨٣).

جـ- الأعراض العقلية:

١- تشوش الوعي والهذيان

إن تشوش الوعي أو اضطراب الوعي تتفاوت درجاته فأحياناً يأخذ المريض بالهذيان في صورة كلمات غير مفهومه ويتكرر هذيانه فيتكلم لغة خاصة به مما يجعل الناس يعتقدون بتقمص أحد الأرواح الشريرة فيطلبون من ذويه علاجه وطرد هذه الأرواح منه ، وقد يصل اضطراب الوعي إلي حالة السبات الهستيري وفيما يتوقف المريض عن أي حركة ويصبح في حالة تأمل ذاتي وشعور بالراحة فيعش في عالمه الخاص وكأنه متصل مع عالم آخر (**أديب محمد** ، ٢٠٠٦ ، ٢٣٩).

٢- فقدان الذاكرة Amnesia وهي نوعين :

أ- الكامل حيث ينسي الشخص كل شيء عن نفسه ، ؤاسمه ، وعنوانه ومن أين أتي وأقاربه....الخ.

ب- فقدان تذكر حوادث معينة تتصل بحياته(**مصطفي فهمي ، ١٩٩٥ ، ١٧٧**).

ولا ينظر إلي فقدان الذاكرة علي أنه فقط النسيان ، إنها تكون عملية نشطة إنها تكون محو للوعي لملامح غير سارة ، فترات من الذهول من الممكن أن تسبق فقدان الذاكرة ، والتي تميل إلي أن تكون منتقاة ومحدودة لعنصر محدد أو خبرة تهيجها أو تستثيرها ، وتقريباً معظم حالات فقدان الذاكرة تحدث لفترات زمنية أقل ، وبعض الحالات الأخرى قد تستمر لفترات زمنية طويلة (Okasha , 1977,119) .

وتتصل بحالات فقدان الذاكرة الحالة المعروفة باسم التشرد والتجول Fugue ويسميها البعض الضلال والطواف التائه ويحدث في حالة اليقظة و فيه ينسي المصاب هويته لفترة من الزمن ويهرب من مكان إقامته وموطنه الأصلي إلي مكان آخر ، فإذا ما انتبه فيه إلي نفسه تساءل أين هو وكيف وصل إلي ذلك المكان ، إن هروبه من مكان إقامته شكل من أشكال الهروب من الظرف القلق الذي يتضمنه ذلك المكان ونسيانه للماضي هو عملية الكبت وكثيراً ما يظهر في المكان الجديد غير مهتم بما كان عليه من قبل حتى يستفيق إلي ظرفه الجديد بتأثير مناسبة عارضة أو حادثة شديدة الأثر(**محمد قاسم ، ٢٠٠٤ ٣١٤**) .

وتشبه حالات التجوال حالة أخري وهي تلك الظاهرة المرضية المعروفة باسم التجوال السباتي (**تجوال أثناء النوم**)التجوال النومي Somnampolism وهو شائع بين المراهقين ، محتمل الحدوث للأطفال والراشدين ، أكثر شيوعاً بين الذكور عنه لدي الإناث والتجوال النومي ما هو إلا حلم حقيقي يشبع فيه المريض رغباته المكبوتة ، ويحل فيه كل مشكلاته المعلقة والتي يعاني منها فها هي فتاة تقوم من نومها ، وترتدي فستاناً معيناً ثم تخلعه وتضعه مكانه وتعود إلي نومها ، وببحث حالتها تبين أن هذا الفستان هو فستان أمها التي توفيت في حادثة أثناء عودتها من المستشفي التي كانت تعالج فيه الفتاة ، فالفتاة تشعر أنها السبب في موت أمها فتقوم بهذا السلوك في تجوالها النومي(**عباس عوض ١٩٧٧ ، ٩٤-٩٥**).

٣- ازدواج الشخصية Multiple Personalities

وهي من أكثر أنواع الاضطراب الهستيري شدة ، وهي نوع من التجوال طويل الأمد فيه مبالغة ، يتقمص فيه الفرد شخصية أخري وأحياناً أكثر من شخصية أي يصبح ثلاثة أشخاص مثلاً. والتجوال عامة يمثل تفككاً أكثر من الهستريا التحولية (انتصار يونس ، ١٩٨٥ ، ٣٩١) .

وقد تعلم الشخصية الواحدة عن وجود شخصيات أخري غيرها أو لا تعلم ولكن لا تتواصل احدي الشخصيتين مع ذكريات الشخصية الأخرى ، ولكن عندما يعود الشخص إلي شخصيته الحقيقية يعجب مما يحدث له ، وتنشأ هذه الحالة عن أسباب نفسية بحتة حيث يتقمص الشخص شخصية يقوم أثناءها بما لا يستطيع القيام به بشخصيته الحقيقية ، وقد يكون التحول من شخصية إلي أخري فجائياً إثر حادث نفسي مؤلم أو فاجعة أو شدة ، كما يمكن أن يحدث هذا التحول أثناء جلسة علاج نفسي(محمد أحمد ، ٢٠٠٦ ، ٧٨).

الأعراض العامة

المرض عند بداية المدرسة أو عند الامتحانات ، ردود الفعل السلوكية المبالغ فيها للمواقف المختلفة ، المرض بمرض عزيز مات به ، العرض كامتداد تاريخي لمرض عضوي سابق (حامد زهران ، ٢٠٠٥ ، ٥٠٠) .

التشخيص الفارقي للهستريا

١- مريض الهستريا لا يكشف عن الخوف والقلق والصراعات التي تصاحب المرض العضوي الحقيقي ، فالذي يصاب بالعمى أو الشلل الهستيري فجأة لا تعتريه المشاعر ذاتها التي تعتري من يفقد بصره .

٢- الأعراض الهستيرية يمكن إزالتها عن طريق الإيحاء والتنويم المغناطيسي والتحليل النفسي في حين أن الأعراض الحقيقية لا تزول بهذه الطرق العلاجية(محمد قاسم ، ٢٠٠٤ ، ٣١٧) .

٣- **الاضطرابات العضوية للمخ مثل** : تلف الفص الأمامي من الممكن أن يؤدي إلي زيادة كبيرة في الميل الطبيعي إلي إظهار الهستيريا ، وتصلب شرايين المخ والملامح العابرة أو المؤقتة في الاضطرابات الدماغية الحادة ، والتشخيص الفارقي بين فقدان الذاكرة الهستيري وفقدان الذاكرة العضوي تكون في أن الأولي تكون العودة للذاكرة فجائية ، كما أن البداية أيضاً تكون فجائية(kasha , 1977, 119).

٤- وهناك فروق مميزة بين الصرع الهستيري والنوبات الصرعية التي هي نوبات فجائية لاإرادية ، لا تتعلق بموقف الذات ، ولا تحدث استجابة لمثيرات خارجية ، بينما النوبات الهستيرية يندر حدوثها والمصاب منفرداً ، لأنها عبارة عن التماس للمشاركة الوجدانية ، والنوبات الصرعية يصحبها فقدان كامل للشعور بينما النوبة الهستيرية لا يتأثر بها الشعور إلا تأثراً جزئياً ، وهذا يعلل كيف أن المصاب بالهستيريا يجتهد ألا يسقط سقوطاً يؤدي إلي صعوبات بالغة ، بينما لا يقوم المصاب بالصرع بمثل هذه المحاولات (**عبد الرحمن سيد** ٢٠٠٤، ٩٧-٩٨) كما لا يقوم المصاب بالصرع بأية محاولات للدفع أو القبض ، وفي النوبات الهسترية يصاحبها حدة انفعالية شديدة مقارنة بالمصاب بالصرع .

٥- الاضطرابات الاكتئابية يمكن أن توجد مع الأعراض الجسدية لدي الأطفال والمراهقين وعلي هذا فالاضطرابات التحولية يجب ألا يتم تشخيصها إذا كانت الأعراض يمكن إرجاعها لاضطراب أخر واضح .

٦- الاضطرابات الانفصالية تشير إلي اضطراب عصبي ، وقد تحدث مشتركة مع الاضطرابات التحولية ، وبعض الدراسات قد أشارت إلي إعادة تصنيف انقباضات (**نوبات**) التحول مع الاضطرابات الانفصالية ، وكلا التشخيصين للاضطرابيين يظهر لدي نفس الفرد.

٧- اضطراب التمارض وتصنع المرض وتشمل الإنتاج المقصود أو التظاهر وادعاء أمراض مزمنة وهي هامة للتفرقة بينها وبين الاضطرابات الجسدية(**حسن مصطفي** ، ٢٠٠٣ - أ ، ٣٩٦-٣٩٧) .

أسباب الهستريا

نظرية العوامل البيولوجية

هناك بعض الأدلة علي أن الأعراض التحولية تترسب بواسطة الإثارة الزائدة عن الحد في قشرة الدماغ والتي بدورها تحرك إشارات إعاقة تفاعلية عند اقتران الكروموسومات الصبغية في المسارات الحركية الحسية وهذه الإشارات المعوقة تنتج عن معلومات راجعة سلبية بين فصوص المخ. وهذه النظرية قدمت من أجل المساعدة علي تفسير العلاقة المتسقة بين أحداث التوتر وتقليل القلق وإنتاج الأعراض المرضية(**حسن مصطفي** ، ٢٠٠٣ ، ٣٩٤- أ) .

وتعد التفسيرات المقدمة من جانب النظرية السيكودينامية أقدم التفسيرات في هذا الشأن حيث يري فرويد أن أعراض مرض الهستريا هي رمز الذاكرة لانطباعات أو تجارب صادمة في تاريخ حياة المريض، وأن هذه الأعراض المرضية تخدم غرض التعويض علي النفس خشية من عودة هذه التجارب السابقة والمنسية والتي يكون عودتها للذاكرة ايذاءاً صادماً للنفس، ويري أن أعراض الهستريا تمثل حلاً وسطاً بين عاطفتين الأولي تهدف إلي تحقيق دافع الكيان الجنسي والثانية إلي إخماد هذا الدافع وكبحه(**علي كمال، ١٩٨٨-أ، ٢١٥**) وترجع إلي تغلب اللاشعور علي الشعور، فيحدث انفصال لبعض عناصر المجال الشعوري كفكرة أو انفعال أو نمط من الحركات وتستقل عن بقية الشخصية ويعجز الفرد عن السيطرة عليها فتؤدي إلي ظهور الأعراض المختلفة(**انتصار يونس، ١٩٨٥، ٣٨٩**).

وتري النظرية السلوكية أن الأشخاص ذوي الاضطراب التحولي يتبنون الأدوار الاجتماعية التي يتطابق فيها سلوكهم مع سلوك الأفراد الذين يعانون أعراضاً مماثلة حدثت بسبب أمراض جسمية أو بمعني آخر، فالأشخاص ذوي الاضطراب التحولي يتصرفون كما يتصرف المرضي الحقيقيين، وأن الأعراض التحولية ليست موجهة لا شعورياً ولا تتم بشكل لا شعوري (**محمد السيد، ٢٠٠٠، أ، ٤٧١**).

ويميل الكثيرون من علماء النفس إلي القول بأن الهستريا تظهر عند أفراد لديهم قابلية للإصابة بها، وترجع إلي ظروف تكوينهم وتنشئتهم الأولي وأن معالمها تظهر علي الطفل الذي يبدو حساساً سريع الانفعال لا يستطيع مواجهة أبسط المشكلات، وتساعد علي الإصابة بها كذلك زيادة تدليل الطفل والاهتمام بأمره والحنو عليه بشكل مبالغ فيه، يجعل اعتماده علي الغير عادة ضرورية تلازمه بقية حياته (**إبراهيم وجيه، ١٩٧٤، ٨٥**).

تؤكد جهود المهتمين علي وجود ثمة عوامل نفسية مثل القلق، والاكتئاب والضغوط النفسية والصدمات النفسية والحرمان الحسي (**أديب محمد، ٢٠٠٦، ٢٤٠**).

وتلعب العوامل الثقافية دوراً دالاً في اضطرابات التحول، التغيرات التي تشبه أعراض التحول تعتبر جوانب شائعة في طقوس العلاج والأديان المحظورة ثقافياً، عملية الوقوع بسبب تحول الوعي هو جانب لكثير من الأعراض المحددة ثقافياً(**حسن مصطفي، ٢٠٠٣-أ، ٣٩٤-٣٩٥**).

علاج الهستريا

١- العلاج الكيميائي لتخفيف حالات القلق والاكتئاب المصاحبة للأعراض الهسترية ، ولا تعطي الصدمات الكهربائية لعلاج مرضي الهستريا ، ولكن أحياناً خاصة في حالات الهذيان أو الغيبوبة الهسترية ، نلجأ إلي صدمة واحدة لإنهاء العرض ، كذلك لا مكان لجراحة المخ في الأعراض الهسترية.

٢- لا تعطي الصدمات الكهربائية لعلاج مرض الهستريا ، ولكن أحياناً خاصة في حالات الهذيان أو الغيبوبة الهستيرية ، نلجأ إلي صدمة واحدة لإنهاء العرض ، ثم يبدأ العلاج النفسي بعد ذلك (**أحمد عكاشة ، ٢٠٠٣ ، ٢٤،٢**).

٣- ٣- يستخدم التحليل النفسي في علاج الحالات التي يجد المعالج أنه من الضروري أن يلم فيها بحياة المريض وظروف تنشئته الأولي ، عندما يعتقد أن السبب يرجع إلي الظروف المحيطة ، ولا يرتبط بحوادث راهنة وإنما يرجع إلي فترة سابقة في حياة المريض (**إبراهيم وجيه ، ١٩٧٤، ٨٦**) وقد يستخدم الإخصائي التنويم الإيحائي لإزالة الأعراض ، ويلعب الإيحاء والإقناع دوران مهمان هنا.

٤- الإرشاد النفسي للوالدين والمراهقين ، وينصح بعدم تركيز العناية والاهتمام بالمريض أثناء النوبات الهستيرية فقط ، لأن ذلك يثبت النوبات لدي المريض (**محمد جاسم ، ٢٠٠٩ ، ٣٧٩**).

توهم المرض Hypochondriasis

هذه الفئة من المرضي يشغلهم باستمرار الخوف من اعتلال صحتهم رغم تأكيد الأطباء علي سلامة صحتهم ، كما أن هؤلاء المرضي يضخمون الاعتلالات البسيطة التي تصيب الكثير من الناس. وقد وضع توهم المرض في التصنيف DSM-IV-TR تحت الاضطرابات ذات الصورة الجسمية والانشقاقية.

معدلات انتشار توهم المرض

نسبة انتشار المرض في المجتمع العام غير معروفة علي وجه الدقة ، ولكن في الأوساط الطبية تقدرها بنسبة تتراوح بين ٤-٩٪ بين المرضي ، ويبدأ المرض في أي سن وخاصة بداية الرشد . ومعدل انتشاره متساوية تقريباً بين الجنسين ولكنه يكثر بين السيدات كبار السن وخاصة الأرامل منهم(**محمد السيد ، ٢٠٠٠-أ ٤٧٩-٤٨٠**).

أعراض توهم المرض

١- التعب الجسمي المزمن .

٢- الثورة والتهيج وعدم الاستقرار .

٣- العجز عن تركيز الانتباه في أي عمل محدد .

٤- حدة المزاج أو توعك المزاج .

٥- الكآبة وتغير المزاج .

٦- تحليل الذات .

٧- الشعور برثاء الذات .

٨- الانتباه الزائد لوظائف الأعضاء الجسمية مع الشعور بالألم الوظيفي .

ويطلق اصطلاح الألم الوظيفي على تلك الآلام التي تصيب وظائف الأعضاء بينما تكون الأعضاء نفسها سليمة ، وما أن يؤكد الطبيب للمريض أنه لا يمكن أن يعاني من الألم في هذا الجزء الذي أشار إليه من جسمه ، إلا أن يبادر إلي القول بأن الألم قد تحول إلي جزء آخر من جسمه ، ويشير إليه من جديد وهكذا ، وكلما زاد الاهتمام بالألم كلما ازدادت حالة المريض سوءاً (عبد الرحمن العيسوي، ١٩٨٩ ١٦٨-١٦٩).

تشخيص توهم المرض

من النادر أن يظهر توهم المرض كعرض مستقل ، لكن الأغلب والأعم أن يظهر كعرض مرافق لاضطراب نفسي آخر مثل الاكتئاب ، كما في حالات اكتئاب سن القعود مثلاً. وفي بعض الأحيان يكون توهم المرض مجرد إضافة إلي مرض عضوي فعلي يجعل الأعراض مبالغاً فيها (حامد زهران ، ٢٠٠٥).

أسباب توهم المرض

إن الشخصيات المعزولة والمتمركزة حول الذات بشكل غير ناضج بصفة خاصة الميالة لاستجابات توهم المرض . ويكشف لنا تاريخ الحياة دائماً عن عادة الاهتمام الزائد بالصحة وبالجسم . ويجب أن نلاحظ أيضاً نفس السمات في الآباء . واستجابة توهم المرض عبارة عن مرض في متوسط العمر ، يساعد عليه الشعور بالعجز عند الأشخاص ذوي

الاستعداد لهذا النوع من الاستجابة ، ويحصل المريض هنا كما في استجابة الضعف علي كسب ثانوي عن طريق جذب انتباه الآخرين له(**كوفيل وآخرون، ١٩٨٦، ١٥٧**) .

العلاج

يتردد متوهمي المرض علي عدد كبير من الأطباء ، ومن تخصصات متباينة حتى أطلقت عليهم في الغرب مسميات عدة مثل المريض ذات الوجه المألوف أو المريض المناوب أو المريض المكروه ، ويرجع ذلك إلي عدم وجود علاج ناجح يخلصهم من هذه المشكلة فضلاً عن أنهم يتجنبون زيارة الأطباء النفسيين لعدم اعترافهم بأن مرضهم له أساس نفسي ، وللتدعيم الجزئي الذي يحصل عليه من تردده علي أطباء الأمراض العضوية وخاصة خفض حدة القلق إلي حد ما وعادة ما تستخدم المهدئات مع ضرورة إفهام المريض بأن دور الأدوية مساعداً وليس شافياً . كما يفضل المزاوجة بين العلاج الطبي والعلاج النفسي وخاصة العلاج السلوكي المعرفي أو العلاج الأسري والتدعيمي(**محمد السيد ، ٢٠٠٠-أ ، ٤٨٣**).

النيوراستينيا : (الإنهاك النفسي) Neurasthenia

إن أول من أطلق اصطلاح (**الإنهاك النفسي**) علي مجموعة الأعراض المرضية التي تضمنها هذا المرض هو (**بيرد**) **وذلك في عام ١٨٨٠** ، وكان أساس هذا مشتقاً من فهمه لطبيعة المرض . فقد كان يعتقد أن هذا المرض ينتج من الإجهاد الناتج عن وقوع الشخص في صراع لفترة طويلة من الزمن يستبد به فتتأثر تبعاً لذلك أعصابه بسبب التغيرات الكيمائية التي تحدث في الكائن الحي وتصيب أول ما تصيب الجهاز العصبي (**مصطفي فهمي ، ١٩٩٥ ، ١٨٣**) .

معدلات انتشار اضطراب الإنهاك النفسي

قلما نجد الإنهاك النفسي عند الأطفال ، إلا أن أعراضه تظهر في أواسط العمر ، وتزداد كلما اقتربنا من الكهولة بسبب التدهور الذي يحصل في العديد من الوظائف . ويقل هذا التنادر كمرض مستقل ، ويكثر ظهوره كعرض لأمراض أخري ، إنه يشيع بنسبة ٥٪ من مجموع السكان وحوالي ١٠٪ من مرضي العصاب ويكثر بين ربات البيوت اللواتي يشعرن بأنهن مهملات من قبل أزواجهم (**محمد قاسم ، ٢٠٠٤ ، ٣٢٠-٣٢١**) .

أعراض الإنهاك النفسي

يشمل الإنهاك النفسي علي الأعراض التالية :

- ✓ ضعف عام ، وشعور متواصل بالتعب ، والعرق ، وتخاذل تام ، واضطراب في حركة الذراعين ، والساقين.

- ✓ مشاعر القلق ، وحالات التوتر ، والضيق ، والشعور الدائم بالخوف.
- ✓ الصراع وهبوط ضغط الدم ، وضعف الثقة بالنفس ، وانخفاض الإحساس بالقيمة الذاتية.
- ✓ فقد الشهية الشديدة للطعام ويرافقها عسر هضم.
- ✓ الحساسية الشديدة للضوء ، وكذلك للأصوات حتى ولو كانت خفيفة كدقات الساعة ، أو ضرير الماء ، فهي منبهات تزعج المصاب وتكدر نمط حياته الاسترخائية الموصولة.
- ✓ حالات الصراع النفسي ، وكثرة الشكوى ، وزيادة التشكك بالآخرين والخجل الزائد،وسرعة الملل والضجر ، والتمركز حول الذات (**أديب محمد ، ٢٠٠٦ ،٢٦٧**).

اضطرابات حشوية وظيفية :

- ✓ **خاصة بالهضم** : ارتخاء الأمعاء وتقلصات المعدة ، ومغص معوي واضطراب في إفرازات المعدة والكبد فضلاً عن الإمساك.
- ✓ **خاصة بالأوعية الدموية** : هبوط في ضغط الدم.
- ✓ **ضعف جنسي** : متفاوت وافتقاد الحساسية الجنسية.
- ✓ اضطرابات في التنفس: ضيق في التنفس والربو الكاذب (**صالح حسن، ٢٠٠٨ ، ٢٤٦**).
- ✓ **ومن أهم الأعراض العقلية** : التي تظهر علي المصاب بالإنهاك النفسي ضعف الذاكرة ، وما يترتب عليه من ضعف القدرة علي الاستذكار فالطالب المصاب بها يشكو عادة من عدم قدرته علي استذكار دروسه وأن المادة التي يذاكرها اليوم لا تبقي معه كثيراً ، بل سرعان ما ينساها ويزيد من حالته سوءاً شعور بالإجهاد والملل الذي يصاحب هذه الحالة والذي يجعل من إقباله علي عملية المذاكرة في حد ذاتها عملية شاقة مرهقة لا تحقق نتيجة(**إبراهيم وجيه ، ١٩٧٤، ٨٧**). وقد يظن البعض أن مثل هذه الحالة ناتجة عن العمل المستمر والإجهاد المتواصل فيقترحون الراحة للمريض وانصرافه عن القيام بأي عمل ، إلا أن هذا لا يؤدي إلي تحسن الحالة (**سعد جلال ، ١٩٨٥** ، ٧٦٥) .

تشخيص الإنهاك النفسي

يلاحظ أنه من النادر أن يظهر الإنهاك النفسي كعصاب مستقل ولكنه يظهر كإضافة لمرض نفسي أخر كما في الفصام البسيط أو الاكتئاب.

ويجب المفارقة بين الإنهاك النفسي والاكتئاب ، فالإنهاك النفسي يكون مستمراً والشكوى الأساسية هي الأعراض الوظيفية ، والاكتئاب أحد هذه الأعراض ويناقش المريض أعراضه ويتحدث عنها. ويجب المفارقة بين الإنهاك النفسي وبعض الاضطرابات العضوية الجسمية الأخرى مثل فقر الدم أو نقص الفيتامينات ، أو اضطراب الغدد الصماء ، واضطراب عمليات البناء والهدم في الجسم (**حامد زهران ، ٢٠٠٥ ، ٤٩٦**) .

أسباب الإنهاك النفسي

يمكن تناول أسباب الإنهاك النفسي علي النحو التالي:

١- تعبير عن مشكلة أو صراع عاطفي لا يمكن حله بالطرق الطبيعية أو بشكل واقعي ، ويكون الشعور بالتعب والإجهاد هو الحل الوحيد الممكن لها (**النظرية العاطفية**).

٢- للعامل الوراثي أهمية لهذا الأمر ، والجو الذي يعيش فيه الطفل ، والتأكيد المستمر من والديه علي عدم إجهاد وإتعاب نفسه مما يؤدي إلي بناء نفسي مستمر بالعجز عن القيام بالجهد(**النظرية التكوينية**).

٣- ينجم التحول العصبي عن هبوط في الفعالية العصبية في نقاط الانتقاء بين الخلايا العصبية(**النظرية الفسيولوجية**) (**عطا الله فؤاد ، دلال سعد ٢٠٠٩ ، ٢٢٢-٢٢٣**) وقد يكون في هذه النظرية إحياء للفكرة القديمة عن توفر أساس عضوي في الأعصاب يؤدي إلي الإنهاك العصبي ، علي أن البحث العلمي في هذه الناحية لم يتوصل بعد إلي نتيجة تدلل علي وجود خطأ فسيولوجي ثابت في أعصاب المريض المصاب بالإنهاك العصبي(**علي كمال ١٩٨٨- أ ، ٢٧٤**) .

علاج الإنهاك النفسي

يبدأ العلاج أولاً بالتأكد من خلو المريض من أي مرض عضوي قد يكون هو السبب فيما يشعر به من إجهاد وتعب ، ذلك أن كثير من الأمراض العضوية تشترك مع الإنهاك النفسي في أعراضها ، ولذلك وجب التأكد من ذلك من أول الأمر ، ويشتمل العلاج في العادة الناحيتين الجسمية والنفسية ، وذلك بالعمل علي راحة الجسم ، فينصح المريض بملازمة المنزل وعدم بذل أي مجهود والاكتفاء بالقراءات الخفيفة أو استماع إلي الموسيقي مع الاعتناء بتغذية المريض وبالأدوية المقوية والمنشطة إذا لازم الأمر(**إبراهيم وجيه ، ١٩٧٤، ٨٩-٩٠**) وضرورة تعامل المرشد مع الإنسان ككل متكامل يجب أن يصبح المرشد علي وعي وخبرة بكيفية تأثير الإعاقة علي جميع جوانب حياة الشخص المعوق .

الفصل الرابع : الاضطرابات المزاجية

الاضطرابات المزاجية Mood Disorders

تعريف الاضطرابات المزاجية

يقصد بها عدم مناسبة الانفعال سواء من حيث شدته أو من حيث نوعه للموقف الذي يعايشه الفرد ، وعلي هذا فسوف نجد العديد من الاضطرابات الانفعالية منها الاضطراب الهوسي وفيه يبدو الشخص مرحاً ، ومتفائلاً ، وسعيداً ومرتفع الروح المعنوية ، وهناك الاضطراب المناقض والذي يعرف بحالة الاكتئاب وفيه يبدو الشخص حزيناً ، ومهموماً ، ومتشائماً من الحياة ، وقد تتناوب الحالتان السابقتان علي نفس الشخص فيبدأ بنوبة من الهوس تعقبها نوبة أخري من الاكتئاب مباشرة ، أو قد تفصل بين النوبتين فترة من الشفاء ، أو قد يبدأ بنوبة من الاكتئاب تليها نوبة من الهوس وهكذا (فرج عبد القادر، ١٩٧٩).

وتُعتبر الاضطرابات المزاجية من أكثر الاضطرابات شيوعاً ومسؤولة عن كثير من المعاناة والآلام النفسية بين آلاف من أفراد المجتمع ، وأن من ٥٠-٧٥٪ من محاولات الانتحار الناجحة بين الجمهور العام سببها الاكتئاب ، ومن العسير تحديد نسبة انتشار هذا المرض نظراً لأن الحالات البسيطة تشفي تلقائياً ولا تتردد علي الأطباء . ويزيد عن ذلك أن كثير من هؤلاء المرضي يبدأون مرضهم بأعراض جسمية وفسيولوجية . وعموماً فإن نسبة انتشار الاضطرابات الوجدانية تتراوح ما بين ١-٥% من مجموع أفراد الشعب (جمعة سيد ، ١٩٩٠، ١٨٧).

والاضطرابات المزاجية أثناء المراهقة تعلن عن نفسها من خلال السلوك المضاد للمجتمع وسلوك التمرد ، كما يمكن أن يتضح بصورة جلية في قيادة السيارات ، وفي تعاطي الكحوليات والعقاقير (Rees , 1993 , 154) .

وتؤثر الاضطرابات المزاجية سلباً علي علاقات الفرد بأسرته وأقرانه Shashi et al ., 2007 , 73) وعلي قدرته علي الإنتاج. كما يَؤدي الاكتئاب إلي زيادة معدلات الانتحار(Doris et al ., 1999) فقد وجد أن نسبة الانتحار تبلغ ١٥٪ بين المرضي شديدي الاكتئاب ، وشخص واحد لكل سبعة من المرضي بالاكتئاب المتكرر:
(Stahl , 2000 , 139,141)

ويعاني معظم طلاب الجامعة المكتئبين من قصور في قدرتهم علي الأداء المعرفي والذي يبدو في هيئة مميزة من البطء ، والسرحان ، وانخفاض الانتباه وتدني القدرة علي التركيز(Watts , 1995 , 292 , 294 ; Cheng &Myers , 2005 , 173).

تصنيف الاضطرابات المزاجية

يمكن تصنيف الاضطرابات المزاجية علي النحو التالي :

١- نوبة الاكتئاب الأساسي Major Depressive Episodes

الاكتئاب مرض عصابي نصادفه كثيراً هذه الأيام ، وما من شخص منا إلا وانتابته لحظات في عمره أثر أزمة خارجية ، أو فقدان قريب أو صديق شعر فيها بالحزن والضياع . مثل هذا الشعور نجده يسيطر علي البعض بصور أقوي وأطول مما هو معتاد ، والاكتئاب يمثل استجابة انفعالية مبالغ فيها ، لكنه بعكس القلق الذي يتجه إلي الأمام ويتعلق بمخاوف وأخطار المستقبل ، نجد أن المكتئب يتجه إلي الماضي وأحزان ما فات ، لكنهما عادة متلازمين (**عبد الستار إبراهيم ١٩٩٤ ، ٢٢**).

ويذكر القرآن في كثير من الآيات الحزن مقروناً مع الخوف ، وإذا أصيب الفرد بهما فإنهما يعكران صفو حياته . كما تشير هذه الآيات أيضاً إلي أن في الإيمان بالله وتقواه والعمل الصالح وقاية من الخوف والحزن وعلاجاً لهما (**محمد نجاتي** ، ٢٠٠١ ، ١٠٣)

ومن أمثلة هذه الآيات :

(قُلْنَا ٱهْبِطُواْ مِنْهَا جَمِيعًا فَإِمَّا يَأْتِيَنَّكُم مِّنِّى هُدًى فَمَن تَبِعَ هُدَاىَ فَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ)

(البقرة :٣٨)

(يَٰبَنِىٓ ءَادَمَ إِمَّا يَأْتِيَنَّكُمْ رُسُلٌ مِّنكُمْ يَقُصُّونَ عَلَيْكُمْ ءَايَٰتِى فَمَنِ ٱتَّقَىٰ وَأَصْلَحَ فَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ)

(الأعراف : ٣٥)

(بَلَىٰ مَنْ أَسْلَمَ وَجْهَهُۥ لِلَّهِ وَهُوَ مُحْسِنٌ فَلَهُۥٓ أَجْرُهُۥ عِندَ رَبِّهِۦ وَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ)

(البقرة :١١٢).

من وجهة نظر بيرنز وبيك أن الاكتئاب هو " اضطراب يصيب الجهاز النفسي البيولوجي كله ، والذي يشتمل علي الانفعالات والأفكار والسلوكات والوظائف البدنية" (في : **محمد محروس ، علي السيد ، ١٩٨٦ ، ١**).

ويعرف (**مصطفي زيور ، ١٩٨٦ ، ٢٥٧**) **الاكتئاب بأنه**: " حالة من الألم النفسي الشديد يصل في الميلانخوليا إلي ضرب من جحيم العذاب مصحوباً بالإحساس بالذنب الشعوري ، وانخفاض ملحوظ في تقدير النفس لذاتها، ونقصان في النشاط العقلي الحركي .

ويعرف (**عبد المنعم الحفني ، ١٩٩٤ ، ٢٠٦**) **الاكتئاب بأنه** : " اضطراب يتمثل في صعوبة التفكير، وكساد في القوي الحيوية والحركية ، وهبوط في النشاط الوظيفي ، وقد يكون له أعراض أخرى كتوهم المرض ، وتوهم الاضطهاد وأوهام اتهام الذات والهلوسة والاستثارة " .

ويعرف (**محمد محروس ، محمد السيد ، ١٩٩٨، ٣٠٧-٣٠٨**) **الاكتئاب بأنه**: يشير إلى" زملة إكلينيكية تشتمل علي انخفاض الإيقاع المزاجي ، ووجود مشاعر الاستياء المؤلم ، وصعوبة التفكير مع معاناة للجهاز العصبي للفرد ، والشعور بالإثم مصحوباً بنقص ملحوظ في الإحساس بالقيمة الشخصية ، والنشاط النفسي الحركي بل والنشاط العضوي أيضا".

ويعرفه كل من (**عبد الستار إبراهيم ، عبد الله عسكر ،١٩٩٩، ٧٨**) **بأنه**: " يصف خبرة وجدانية ذاتية قد يطلق عليها إما حالة مزاجية أو انفعالية قد تكون عرضاً لاضطراب بدني أو عقلي أو اجتماعي . كما يشير أيضاً إلى مجموعة أعراض فسيولوجية وسلوكية ومعرفية إلى جانب الخبرة الوجدانية".

معدلات انتشار الاكتئاب الأساسي

يُعتبر الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً في الدول الصناعية الكبرى وتشير منظمة الصحة العالمية إلي أن حوالي ١٠٠ مليون شخص يعانون من الاكتئاب (**سامر جميل ، ٢٠٠٧ ، ٤١٨**) كما يُعد الاكتئاب ثاني أخطر الاضطرابات النفسية التي تؤثر سلباً في اقتصاد الأقطار النامية (Patten , 2003) .

وحوالي ٥٪ من السكان إكلينيكياً مكتئبون (Gillam , 2004 , 33) كما أنه يحدث مخاطر مدي الحياة في نسبة ١٠٪ . ويعاني من الاكتئاب ١٥٪ من الأطفال والمراهقين (Fadem & Simring, 1998, 68) ومعدل حدوث الاضطرابات الاكتئابية

يزداد بعد مرحلة البلوغ (Shashi et al ., 2007, 73) فتبلغ ذروة حدوثها في الأعمار ما بين ٢٠-٤٠ سنة(Stahl , 2000 ,140) .

وتراوحت معدلات انتشاره بين الراشدين ما بين ١٢٪- ١٧٪ (Weissman & Myers , 1978 ; Wäcker et al ., 1992 ; Kessler et al ., 1994) وفي مرحلة أواسط العمر حيث تبدأ القدرات البدنية والعقلية في الانحدار وتكون مركز للشكوى (Rees, 1993 154) , ولا توجد فروق سلالية في حدوث الاكتئاب ، وهو أكثر شيوعاً في الأفراد الذين يعيشون بمعزلهم ، والمطلقين أو المطلقات(Fadem , 1991, 85).

وتبلغ معدلات انتشار الاكتئاب الأساسي ما بين ٣ إلي ٥٪ ، وينتشر في ٥٪ إلي ١٢٪ في الذكور، ومن ١٠٪ إلي ٢٠٪ في الإناث(Fadem & Simring, 1998, 68)

وينتشر الاكتئاب الأساسي في الأطفال قبل مرحلة المراهقة بنسبة ٢٪ مع توزيع متساو تقريباً بين الإناث والذكور، وفي المراهقة يصل إلي ٦٪ وتزداد نسبه حدوثه بين الإناث أكثر من الذكور وتصل هذه النسبة إلي ٢ :١ (Cheng &Myers , 2005 , 172) ومعدلات انتشاره في النساء تبلغ ضعف نسبة حدوثه في الرجال بعد سن(١٤) سنة(Angold et al ., 1999).

وفي دراسة حديثة واسعة المجال لما يزيد علي ثمانية آلاف راشد كان معدل انتشار نوبات الاكتئاب الأساسي حوالي ٨٪ للرجال ، و١٣٪ للنساء ، ومعدل انتشار الاكتئاب الأساسي علي مدار الحياة كانت ١٢.٧٪ للرجال ، و٢١.٣٪ للنساء(محمد السيد ، ٢٠٠٠-أ ، ٣٣٦) .

ويعزي ارتفاع معدلات انتشار الاكتئاب الأساسي لدي الإناث عنه لدي الذكور إلي الفروق بين الجنسين في الفروق الهرمونية ، وتأثيرات ميلاد الطفل والضغوط النفسية المختلفة لكل من الذكور والإناث (Sadock & Sadock , 2008 , 201) أو ترجع في جانب إلي الاستعداد في المرأة ، وتعرضها لأنواع متعددة من العوائق الاجتماعية فهي أكثر من الرجل تعرضاً للانتهاكات الجنسية والعنف أو قد يرجع ذلك إلي أ...اق المواجهة (Angold et al ., 1999) .

تشخيص نوبة الاكتئاب الأساسي

يشخص الاكتئاب الأساسي وفقاً للطبعة الرابعة المعدلة من الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية (DSM-IV-TR ,2000) علي النحو التالي:

(أ) وجَود خمسة أو أكثر من الأعراض التالية خلال فترة الأسبوعين الذين حدثت فيهم النوبة، وتمثل تغيراً عن الأداء السابق، وعلي الأقل واحد من الأعراض يكون : مزاج اكتئابي أو فقد الاهتمام أو السرور. لاحظ أنها لا تتضمن الأعراض التي ترجع بوضوح إلي حالة طبية أو هلاوس أو هذيان غير مطابق مزاجياً.

(١) مزاج مكتئب معظم اليوم، وتقريباً كل يوم، وفي الأطفال والمراهقين يكون سريع التهيج أو سهل الاستثارة.

(٢) انخفاض ملحوظ في الاهتمام أو السرور في كل أو معظم الأنشطة معظم اليوم، وتقريباً كل يوم.

(٣) نقص أو فقد جوهري في الوزن في حالة عدم وجود برنامج للرجيم أو زيادة في الوزن مرة ثانية (**التغير يكون أكثر من ٥% من وزن الجسم في الشهر**) أو انخفاض أو زيادة في الشهية كل يوم تقريباً.

(٤) الأرق وكثرة النوم كل يوم تقريباً.

(٥) التهيج أو التأخر النفسي حركي تقريباً كل يوم.

(٦) التعب أو فقد الطاقة تقريباً كل يوم.

(٧) الإحساس بعدم القيمة أو مشاعر الذنب المبالغ فيها، وغير المناسبة كل يوم تقريباً (**ليس فقط تأنيب الذات، أو الشعور بالذنب لكونه مريضاً**).

(٨) انخفاض القدرة علي التفكير، أو التركيز أو عدم الحسم، تقريباً كل يوم.

(٩) تواتر التفكير في الموت (**وليس فقط الخوف من الموت**) وتواتر التفكير في الانتحار دون خطة محددة، أو محاولة الانتحار أو خطة محددة للانتحار.

(ب) الأعراض لا تناظر محكات النوبة المختلطة.

(جـ) تسبب الأعراض معاناة وأسي نفسي واضح من الناحية الإكلينيكية أو عجز عن الأداء الاجتماعي والوظيفي، أو أية مجالات أخري ذات أهمية.

(د) الأعراض لا تعزي إلي التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لعقار (**سوء استخدام المواد أو العقاقير الطبية**) أو حالة طبية عامة (**فرط نشاط الغدة الدرقية علي سبيل المثال**).

(هـ) لا تحدث الأعراض لفقد عزيز، وتدوم لأكثر من شهرين، وتتصف بعجز وظيفي واضح، وانشغال مرضي بعدم القيمة، وأفكار انتحارية، وأعراض ذهانية أو تأخر نفسي حركي.

التشخيص الفارقي للاكتئاب الأساسي

في تقويم الأعراض الاكتئابية ، فإنه من الأفضل ترك العميل يتحدث واصفاً حالته وسؤاله عن توضيح بعض الأعراض المحددة ، ويكون من المهم أن نميز الأعراض الاكتئابية من التقلبات المزاجية المتضمنة في التصنيفات الإكلينيكية الفرعية ، والتمييز بين الأعراض الخفيفة والشديدة ، وهذا التقويم من الممكن أيضاً أن يكون صعب عندما يكون قصد المريض تضليل الإكلينيكي ، أو استعجال دخول المستشفي ، ومعظم الأعراض الاكتئابية يتم معرفتها من خلال أخذ تاريخ المريض.وكل مريض يخضع للفحص لمعرفة الآتي:

١- الأفكار الانتحارية.

٢- الأفكار العنيفة أو أفكار تتوارد لديه لقتل الآخرين ، ووجود أعراض ذهانية.

٣- وجود اضطرابات طبية(Hillard, 1990 , 136-137).

يؤدي تعاطي المخدرات إلي الإصابة بالاكتئاب . فيعاني ٥٠٪ أو أكثر من المرضي الكحوليين من فترات قصيرة من الاضطرابات المزاجية الشديدة (Hillard, 1990 , 139).

وتشخيص هذا الاضطراب لدي الأطفال يتم بسهولة عندما يكون حاداً ووقائع الاكتئاب الأساسي لطفل ما قبل البلوغ من المحتمل أن تظهر في الشكوى الجسدية ، والتهيج النفسي الحركي ، والهلاوس المطابقة للحالة المزاجية . وقد يكون من الشائع الإحساس بالعجز والتأخر النفسي الحركي ، والأوهام لدي المراهقين والراشدين بخلاف الأطفال . فالراشدين قد تكون لديهم مشاكل أكبر خاصة بالنوم والشهية ، ولدي المراهقين فإن السلبية ، والسلوك المضاد للمجتمع ، واستخدام الكحوليات أو المخدرات قد يحدث ويبرر الأعراض الإضافية للسلوك المنحرف أو الاعتماد عليها(**حسن مصطفي** ، ٢٠٠٣ - أ ، ٥٢١-٥٢٢).

٢- اضطراب الهوس Manic Disorders

الهوس حالة تتميز بشعور مسيطر ومستمر من النشوة والاستثارة مصحوبة بعدد آخر من العلامات والأعراض (**جمعة سيد** ، ١٩٩٠ ، ١٩١).

يقال للهوس المس أو الهوس الجنوني (**مانيا**) (**المانيا**) لفظ يوناني قديم استعمله أطباء العرب وفلاسفتهم الرازي وابن سينا . والهوس اصطلاحاً يستخدم في صورته العامة والعامية بمعني الجنونMadness أو السلوك العنيف أو السلوك الشارد أو السلوك الضال أو السلوك المجروف بفعل قوة أخري (**عبد الرحمن العيسوي** ، ٢٠٠٤ ، ٢٥٣-٢٥٤).

ويظهر المريض شعوراً بالزهو وروح المرح ، ومزاج متهيج ، وهذاء العظمة وقلة الحاجة إلي النوم ، وضغط الكلام ، وطيران الأفكار ، والتشتت والسرحان والنشاط المتزايد (Hillard , 1990 , 143-144) .

معدلات انتشار الهوس

تبدأ نوبات الهوس عادة في بداية العشرينات من العمر ، وهناك حالات تظهر بعد سن الخمسين ، وتحدث النوبات بصورة مفاجئة ثم تشتد الأعراض خلال فترة قصيرة حتى تصبح خطيرة ، وتستمر لعدة أيام أو لشهور وتختفي فجأة ويحتاج المريض إلي إدخاله المستشفي عند اشتداد الأعراض من أجل حمايته من الإضرار بنفسه أو بالآخرين (عبد الكريم الحجاوي ، ٢٠٠٤ ، ٢٥١) ونسبة حدوث اضطراب الهوس في المجتمع من ٣ إلي ٤ في الألف (عبد الرءوف ثابت ١٩٩٣ ، ١١٧) .

ونوبات الهوس تكون أكثر انتشاراً في الذكور (Sadock & Sadock , 2008 , 201) ففي دراسة حديثة واسعة المجال لما يزيد علي ثمانية آلاف راشد كان معدل انتشار نوبات الهوس تتراوح ما بين ١.٤٪ ، و١.٣٪ لكل من الرجال والنساء (محمد السيد ، ٢٠٠٠-أ ، ٣٣٦).

المحكات التشخيصية لنوبات الهوس (DSM-IV-TR , 2000)

(أ) فترة مستمرة من الانشراح المزاجي أو سهولة التهيج والاستثارة الشاذة والمستمرة ، تدوم لمدة أسبوع واحد علي الأقل (أو لأي مدة وفي هذه الحالة يستدعي الأمر إيداع الشخص المستشفي.

(ب) خلال فترة الاضطراب المزاجي هناك ثلاث أو أكثر من الأعراض التالية تكون مثابرة (وأربعة أعراض إذا كان المزاج سهل الاستثارة فقط) وتوجد بدرجة دالة :

١- تضخم غير سوي في تقدير الذات ، أو المبالغة في العظمة.

٢- قلة أو نقص الحاجة إلي النوم (مثل الشعور بالراحة بعد النوم لمدة ثلاث ساعات من النوم).

٣- يكون أكثر تحدثاً من المعتاد (ثرثرة بدون داعي) والإلحاح للاستمرار في التحدث.

٤- تطاير الأفكار أو وجود خبرات ذاتية بحيوية الأفكار (الأفكار في تسابق).

٥- القابلية للتشتت (من اليسر لفت الانتباه إلي مثيرات خارجية عديمة الجدوى وغير هامة).

٦- زيادة في النشاط الموجة لهدف (قد يكون اجتماعيا في العمل أو المدرسة أو جنسيا) أو الإثارة أو التهيج النفس حركي .

٧- الانهماك أو الإفراط في أنشطة سارة ، والتي يحتمل معها قدر مرتفع من العواقب المؤلمة أو الوخيمة (**مثلاً : انهماك الفرد في طرب أو مرح صاخب أو تصرفات جنسية طائشة أو الانخراط في استثمارات تجارية حمقاء أو سخيفة**).

جـ- لا تناظر هذه الأعراض محكات النوبة المختلطة.

د- الاضطراب المزاجي يكون من الشدة بما يكفي لإحداث خلل أو عجزاً مميزاً في أداء المهام الوظيفية أو في الأنشطة الاجتماعية الاعتيادية أو العلاقات مع الآخرين . أو يتطلب التنويم بالمستشفي لمنع إلحاق الأذى بالنفس والآخرين أو وجود علامات ذُهانية.

هـ- **الأعراض** لا تعزي لتأثيرات فسيولوجية مباشرة ناتجة عن تعاطي عقاقير أو مادة مخدرة أو علامات أو حالة طبية عامة (**مثل فرط نشاط الغدة الدرقية**).

٣- اضطراب الهوس الخفيف Hypomania

وهو يتصف بأدنى درجات الإصابة ولا يصاحبه هذاءات أو هلاوس وينتاب المريض أثناء النوبة ارتفاع بمزاجه ومعنوياته ويستمر لعدة أيام ، ينشط أثناءها بشكل واضح ، ويعتريه إحساس قوي بكمال قوته الجسمية والعقلية ويصبح اجتماعياً فائقاً ، ثرثار ، رافع الكلفة عن الآخرين ، عازفاً عن النوم (**سمير بقيون** ، ٢٠٠٧ ، ٨١).

المحكات التشخيصية لنوبة الهوس الخفيف (DSM-IV-TR ,2000)

تتطابق نوبات الهوس الخفيف إلي حد كبير مع نوبات الهوس **وتوجد بعض الاختلافات الطفيفة هي علي النحو** التالي :

(أ) فترة مميزة من الانشراح المزاجي ، وسهولة الاستثارة بشكل مستمر وشاذ لمدة أربعة أيام علي الأقل تكون متباينة بوضوح عن المزاج العادي غير المكتئب.

(ب) ترتبط النوبة بتغير جلي في الأداء الوظيفي لا يتميز بها الشخص في غياب الأعراض المرضية .

(جـ) الاضطراب المزاجي والتغيرات الوظيفية تكون ملاحظة من قبل الآخرين .

(هـ) لا تتصف النوبة بالشدة لدرجة كافية لتحدث خلل واضحٍ في الأداء الوظيفي أو الاجتماعي أو تتطلب إيداع الشخص المستشفي ولا يوجد علامات أو دلائل ذُهانية.

التشخيص الفارقي لنوبات الهوس

- ❖ يجب تمييز اضطرابات الهوس عن الفصام، واضطرابات المخ العضوية في الفص الأمامي، وحالات الإثارة الناتجة عن الأمفيتامينات والعقاقير.
- ❖ تشخيص حالات الفصام تكون أكثر صعوبة في اضطرابات الهوس. الهلوسات السمعية والضلالات تحدث، وتشتمل بعض الضلالات التي تكون خاصية للفصام. في الهوس هذه الأعراض غالباً تتغير بسرعة في محتواها (Gelder et al ., 1999 , 137) ويشعر المريض شعوراً زائداً معتقداً بأن له مهمة كبري هي حكم العالم، وتكشف هذه المنظومة الضلالية بوضوح عن حالة فصام بارانويدي لأنها مفرطة في الشذوذ والغرابة، كما أن بها مسميات ليست لها ما يقابلها في الواقع من **مدلولات مثل** : حاكم العالمين، المراقبة العامة الإسلامية في أنحاء العالم، هذا بالإضافة إلي أنها تتضمن تفكيراً غامضاً مفككاً، وكل هذه الخصائص يمكن أن تميز بين الأوهام المرضية في الفصام البارانويدي عن تلك الأوهام الخاصة بالهوس أو البارانويدي، والتي تبدو في هذين المرضين أقل شذوذاً وغرابة مما هي عليه في الفصام البارانويدي.

كما أن أوهام العظمة يمكن أن تظهر في عدد من الاضطرابات المرضية وبخاصة في الهوس، إلا أن أوهام العظمة في حالة الهوس عادة ما تكون أكثر تماسكاً وفهماً عما هي عليه عادة في الفصام البارانويدي الذي تكون فيه هذه الأوهام غير مفهومة ولا مرتبة وأكثر شذوذاً. ويعتبر الشعور بالعظمة في حالة الهوس جزءاً من الحياة المزاجية للشخص والتي تتسم بالمرح الشديد الذي يصحبه الزهو والخيلاء والكبرياء، كما يزداد نشاط المريض ولكن تقل قدرته علي الاستبصار وتعقل الأمور والسيطرة علي النفس (عز الدين **جميل، ٢٠٠٣، ٩٤**).

٤- النوبة المختلطة Mixed Episode

في النوبة المختلطة توجد كل من نوبات الهوس ونوبات الاكتئاب لمدة أسبوع علي الأقل مع حركة سريعة للانتقال من النقيض إلي النقيض أو من الهوس إلي الاكتئاب ، مع اضطراب في النوم وفقد للشهية وصعوبة التركيز ، وشيوع الهياج أو سهولة الاستثارة النفس حركية ، والأفكار الانتحارية ، ويعد مرضي النوبة المختلطة أكثر مرضي الاضطرابات المزاجية صعوبة في التشخيص (محمد السيد ، ٣٠٠٠-أ ، ٣١٠).

المحكات التشخيصية للنوبة المختلطة (DSM-IV-TR ,2000)

(أ) المحكات تناظر كل من نوبة الهوس ونوبة الاكتئاب الأساسية (**ما عدا ما يتصل بالمدة**) فتكون تقريباً كل يوم خلال أسبوع واحد علي الأقل .

(ب) الاضطراب المزاجي يكون من الشدة بدرجة كافية ليحدث خلل في الأداء الوظيفي وفي الأنشطة الاجتماعية الاعتيادية أو العلاقات الاجتماعية مع الآخرين ، أو يكون من الضرورة إيداعه بالمستشفي لتجنب أذي الذات أو الآخرين أو وجود علامات ذُهانية.

(جـ) الأعراض لا ترجع إلي تأثيرات فسيولوجية مباشرة للعقاقير أو المواد المخدرة أو علامات أخري) أو حالة طبية عامة (**مثلاً: فرط نشاط الغدة الدرقية**) .

٥- الاضطراب الاغتمامي (اضطراب القنوط أو الجزع) Dysthymic Disorder

يستغرق حدوث الاضطراب الاغتمامي فترة زمنية لا تقل عن عامين والاضطراب من الممكن أن يبدأ في مرحلة الرشد المبكر ، غالباً بدون بداية واضحة وتبدو الأعراض : المزاج المكتئب ، أو فقد الاهتمام أو السرور في كل أو معظم الأنشطة الاعتيادية للفرد ، والأعراض غالباً لا تكون بدرجة كافية تقابل محكات الاكتئاب الأساسي:
(Kaplan & Sadock , 1985, 254)

معدلات انتشار الاضطراب الاغتمامي

يتراوح معدلات انتشار هذا الاضطراب ما بين ٥ إلي ٦٪ لكل الأشخاص وهو أكثر شيوعاً بين غير المتزوجين ، وهؤلاء الذين ينتمون إلي مستويات دخل منخفضة ، ويتواجد بتكرار مع الاضطرابات النفسية لاسيما اضطراب الاكتئاب الأساسي (Sadock & Sadock , 2008 , 226) وهو أكثر شيوعاً عن اضطراب الاكتئاب العام بين الأطفال في عمر المدرسة بمعدلات تصل إلي ٢.٥٪ مقارنة بـ٢٪ لاضطراب الاكتئاب الأساسي (حسن مصطفي ، ٢٠٠٣ -أ ، ٥٢٧-٥٢٨).

وفي دراسة حديثة واسعة المجال لما يزيد علي ثمانية آلاف راشد كان معدل انتشار نوبات معدل انتشار الاضطراب الاغتمامي ٢.١٪ ، و٣٪ لكل من الرجال والنساء علي الترتيب (محمد السيد ، ٢٠٠٠-أ ، ٣٣٦) .

المحكات التشخيصية لنوبات الاضطراب الاغتمامي (DSM-IV-TR , 2000)

أ- مزاج اكتئابي معظم اليوم ولأكثر الأيام ولمدة عامين علي الأقل ، وفي الأطفال والمراهقين يتصف المزاج بعدم الاستقرار ، وسرعة الإثارة ، ويجب أن يمتد لمدة سنة علي الأقل.

ب- أثناء الاكتئاب وجود اثنين أو أكثر مما يأتي :

١- ضعف الشهية أو كثرة تناول الطعام.

٢- الأرق أو كثرة النوم.

٣- انخفاض في مستوي الطاقة أو الإحساس بالإعياء والتعب .

٤- انخفاض مستوي تقدير الذات.

٥- قصور التركيز أو صعوبة اتخاذ القرارات.

٦- مشاعر اليأس.

جـ - خلال فترة العامين (عام واحد للأطفال والمراهقين) من الاضطراب فإن الشخص .

لا يكون إطلاقاً خالياً من الأعراض الموجودة في المحكين أ. ب لأكثر من شهرين في المرة الواحدة.

د- لا توجد نوبة اكتئابية رئيسة خلال فترة العامين الأوليين من الاضطراب (**سنة واحدة للأطفال والمراهقين**) لا يحدث الاضطراب بسبب الاضطراب الاكتئابي الأساسي المزمن أو الاضطراب الاكتئابي الأساسي أو في كمون جزئي.

لاحظ أنه : من الممكن وجود نوبة اكتئاب رئيسة سابقة بشرط أن يكون قد حدث كمون كامل (**أي لا توجد علامات دالة أو أعراض لمدة شهرين**) قبل تطور اضطراب الاختلال الاغتمامي.

هـ- لم يحدث مطلقاً نوبة هوس أو نوبة مختلطة ، أو نوبة هوس خفيفة كما أن المحكات لا تقابل أبداً محكات اضطراب المزاج الدوري.

و- الاضطراب لا يحدث علي وجه الخصوص أثناء اضطراب ذهاني مزمن مثل الفصام أو الاضطراب الضلالي.

ز- الأعراض لا تعزي إلي التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لتعاطي مادة مخدرة أو تعاطي عقاقير، أو ترجع إلي حالة طبية عامة (**مثل: فرط نشاط الغدة الدرقية**)

ح- الأعراض تسبب أسي وألم دال إكلينيكياً أو خلل في المجالات الاجتماعية أو الوظيفية أو أية مجالات أخري وظيفية هامة .

حدد البداية

- بدء مبكر : قبل ٢١ سنة من العمر .
- بدء متأخر : إذا كانت البداية عند الواحدة والعشرين أو بعدها.

التشخيص الفارقي

١- يصعب تمييز الاضطراب الاغتمامي عن نوبات الاكتئاب الأساسي بسبب تشابه أعراضهما إلي حد كبير، والفارق بينهما أن نوبة الاكتئاب الأساسي يقل فيها أداء الشخص المعتاد بصورة ملحوظة ، بينما الاضطراب الاغتمامي خفيف الشدة ، قد لا يؤثر علي أداء الشخص ويبقي لسنوات عديدة .

٢- تغيرات الوجدان الطبيعية : لا تؤثر هذه التغيرات بأي درجة علي أداء الشخص وليست شديدة أو متكررة (**عبد الكريم الحجاوي** ، ٢٠٠٤ ، ٢٦١).

٦- اكتئاب أحادي القطب Unipolar Depression

عندما يحدث الاكتئاب بدون هوس هذا الاضطراب يطلق عليه الاكتئاب أحادي القطب . ويشخص عندما يمر المريض بنوبة اكتئاب رئيسة وحيدة **لا تصاحبها أي من النوبات الثلاثة الأخرى** : الهوس ، والهوس الخفيف ، والنوبة المختلطة ، وقد وجد أن ما بين ٥٠-٦٠٪ من الأفراد الذين شخصت حالتهم بهذا الاضطراب يتعرضون لنوبة ثانية فيما بعد ، ومن ثم تشخص حالتهم علي أنهم يعانون من اضطراب الاكتئاب الأساسي المتكرر(**محمد السيد** ، ٢٠٠٠-أ، ٣١٢) .

معدلات انتشار الاكتئاب أحادي القطب

تبلغ معدلات انتشار الاكتئاب أحادي القطب حوالي ٢٠٪ ، و١٠٪ لكل من الإناث والذكور علي التوالي (Fadem , 1991, 85).

وتتراوح معدلات انتشار الاكتئاب أحادي القطب شديد الدرجة ما بين ٥ إلي ١٠٪ بينما تتراوح معدلات انتشار الاكتئاب أحادي القطب خفيف الدرجة ما بين ٣ إلي ٥٪ ، ووجدت فروق ضئيلة بين المجموعات العرقية فمعدلات انتشاره بين البيض الأمريكان الذين تراوحت أعمارهم ما بين ٣٠-٦٤ سنة أعلي مما وجد لدي الأمريكان الأفارقة في

نفسَ المدى العمري ، والاكتئاب أحادي القطب شديد الدرجة من الممكن أن يبدأ عند أي سن (Comer , 1998 , 236).

المحكات التشخيصية لاضطراب الاكتئاب أحادي القطب (DSM-IV-TR , 2000)

أ- وجود نوبة اكتئاب رئيسة وحيدة.

ب- لا تحدث نوبة الاكتئاب الأساسية بسبب اضطراب ذهاني وجداني وليست مصاحبة للفصام أو اضطراب الصورة الفصامية أو الاضطراب الهذائي أو لاضطرابات ذهانية غير محددة.

جـ- لم تحدث إطلاقاً نوبة هوس أو نوبة مختلطة أو نوبة هوس خفيف.

لاحظ أنه : هذا الاستبعاد لا ينطبق إذا كانت هذه النوبات تعزي إلي تعاطي عقار أو علاجات أو لكونها ترجع إلي التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لحالة طبية عامة.

٧- اكتئاب ثنائي القطب Bipolar Affective Disorder

هو اضطراب يتميز بنوبات متكررة (أي **اثنتين علي الأقل**) يضطرب فيها مزاج الشخص ومستوي نشاطه بشكل عميق. ويتكون هذا الاضطراب في بعض الأحيان من الارتفاع في المزاج وزيادة في الطاقة والنشاط (**هوس أو هوس خفيف**) وفي أحيان أخري من هبوط في المزاج ، وانخفاض في الطاقة والنشاط (**اكتئاب**) ويتساوى الجنسان في معدل إصابتهما بالمرض أكثر من الاضطرابات المزاجية الأخرى ، وتبدأ نوبات الهوس في المعتاد فجأة ، وتستمر لفترة تتراوح بين أسبوعين وأربع أو خمس شهور (**متوسط المدة حوالي ٤ شهور**) أما الاكتئاب فيميل إلي الاستمرار لفترة أطول (**متوسط المدة ٦ أشهر**) (**أحمد عكاشة ، ٢٠٠٣ ، ٤٠٢ ٤٠٤**) وهو يتضمن كل من نوبات الهوس أو النوبات المختلطة ، وعادة ما تتناوب مع نوبات اكتئاب أساسية (Fadem & Simring ,1998, 72) .

معدلات انتشار الاكتئاب ثنائي القطب

معدل انتشار هذا الاضطراب في الولايات المتحدة الأمريكية يبلغ ١٪ ، أما معدل انتشاره في ايطاليا فيبلغ ١.٠٣٪ (Weissman & Klerman , 1993 , 32) وحوالي ١٪ من الجنسين سوف يطورون الاكتئاب ثنائي القطب (Fadem , 1991, 85) ويتوزع هذا الاضطراب بالتساوي بين الذكور والإناث (Sadock & Sadock , 2008 , 201) .

التمييز بين الاكتئاب أحادي القطب وثنائي القطب

يبدي المرضي بالاكتئاب ثنائي القطب تكرار مرتفع من التاريخ الأسري الايجابي أكثر من المرضي بالاكتئاب فقط ، الدراسات في مجال علم الأدوية النفسية يشير أيضاً إلي وجود فروق في الاستجابة للمرضي بالاكتئاب ثنائي القطب ، والمرضي بالاكتئاب للعقاقير النفسية لاسيما الليثيوم Lithium (Kaplan & Sadock , 1985, 245) .

٨- اضطراب دوري المزاج Cyclothymic disorder

ابتكر هذا المصطلح كالبوم Kahlbaum في منتصف القرن التاسع عشر وكان يطلق عليه مصطلح " الجنون الدوري" Circular Insanity (Kaplan & Sadock , 1985, 259) وقد أصبح هذا الاضطراب في السنوات الحديثة أكثر وضوحاً:
(Waldinger , 1990,139-140)

وهو يبدأ غالباً في فترة مبكرة من العمر ، وعادة في سن المراهقة . ويمكن تميزه علي أنه تبدل في الشخصية حيث تنتاب أعراض الهوس الخفيف مع أعراض الاكتئاب الأساسي بدرجة أقل حدة مما هي عليه في نوبة الاكتئاب الأساسية النقية ، كما تتباين فترات الهوس والاكتئاب وشدتها من حين لآخر ومن مريض لآخر(محمد السيد ، ٢٠٠٠-أ ، ٣٢٢).

ويشكل هذا الاضطراب نسبة تتراوح ما بين ٣ إلي ٥٪ من كل المرضي النفسيين بالعيادات الخارجية ، ومعدل انتشاره مدي الحياة يبلغ ١٪ (Sadock & Sadock , 2008 , 228) ويُعتبر هذا الاضطراب أقل انتشاراً من نوبة الاكتئاب الأساسي خلال الحياة وتتراوح معدلات انتشاره في الولايات المتحدة ما بين ٢.١٪ و٤.٧٪ ويبلغ معدل انتشار الاضطراب بين النساء ضعف معدله بين الرجال (Weissman & Klerman , 1993 , 35).

المحكات التشخيصية لاضطراب المزاج الدوري (DSM-IV-TR ,2000)

أ- خلال عامين علي الأقل توجد فترات عدة بها أعراض الهوس الخفيف وفترات عدة بها أعراض اكتئابية لا تقابل محكات نوبة الاكتئاب الأساسي .

لاحظ أنه : في الأطفال والمراهقين المدة يجب ألا تقل عن سنة علي الأقل .

ب- خلال هذين العامين(**عام واحد للأطفال والمراهقين**) فإن الشخص لا يكون خالياً من الأعراض الموجودة في المحك (أ) لأكثر من شهرين في المرة الواحدة.

جـ- لا توجد نوبات اكتئاب رئيس ، نوبة هوس أو نوبة مختلطة خلال العامين الأولين من الاضطراب .

لاحظ أنه : بعد مرور العامين الأولين (**وعام واحد بالنسبة للأطفال والمراهقين**) فإن اضطراب المزاج الدوري من الممكن أن تضاف عليها نوبات الهوس والنوبات المختلطة (**في هذه الحالة فإن كل من اكتئاب ثنائي القطب الاضطراب الدوري يمكن تشخيصه ، أو نوبات الاكتئاب الأساسي**)وفي هذه الحالة فإن كل من الاكتئاب الثنائي II والاضطراب الدوري يمكن تشخيصه.

د- الأعراض في محك (أ) علي وجه الخصوص لا تحدث أثناء اضطراب وجداني – فصامي ، فصام ، اضطراب ضلالي.

هـ- الأعراض لا تعزي إلي تأثيرات فسيولوجية مباشرة ناتجة عن تعاطي مادة مخدرة أو تناول العقاقير ، أو ترجع إلي حالة طبية عامة (**مثل : فرط نشاط الغدة الدرقية**).

و- الأعراض تسبب أسي وألم دال إكلينيكياً وخلل في المجالات الاجتماعية أو الوظيفية أو أية مجالات أخري هامة.

الاضطراب الوجداني الموسمي Seasonal Affective Disorders (SAD)

لوحظ نوع من الاكتئاب الموسمي ، يظهر في فصل الشتاء عندما تختفي الشمس لمدة طويلة في البلاد الشمالية ، ويختلف عن نوبة الاكتئاب السابق شرحها في أن المرضي يعانون من إفراط في الشهية ، خاصة بالنسبة للنشويات ، وإفراط في النوم ، وظهور الأعراض في هيئة موسمية في فصل الشتاء ، ويستجيب هؤلاء المرضي للتعرض للضوء الصناعي مدة ساعتين إلي ثلاث ساعات يومياً أكثر من استجاباتهم المضادة للاكتئاب أو جلسات الكهرباء ، ويحتمل وجود علاقة بين هذا المرض ، وهرمون الميلاتونين والذي يتأثر بالضوء ، وبدأ الاهتمام حديثاً باضطراب مماثل في البلاد الحارة ، عندما يزيد ضوء الشمس ؛ ويتعرض المرضي لاضطراب اكتئابي موسمي في فصول الصيف (**أحمد عكاشة ، ٢٠٠٣ ، ٤٤٢**).

الانتحار Suicide

ميلندا ترقد في قسم الرعاية المركزة والتنبؤ ببقائها حية يكون غير واضح فقد تناولت جرعات كبيرة من العقاقير ، واستهلكت كميات كبيرة من الكحوليات في الليلة الفائتة ، وقد وجدها صديقها وهي في حالة إغماء عندما ذهبت إلي منزلها بعد أن فشلت في الحضور إلي العمل ، وكان السؤال هل هي حقاً تريد أن تنهي حياته:

(Kendall & Hammen , 1995 , 266)

يُقدر سنوياً حوالي ١٦ ألف منتحر في الولايات المتحدة الأمريكية ، وينتحر واحد من كل سبعة يعانون من نوبات الاكتئاب المتكرر (Stahl , 2000 , 141) ومعدلات

انتشار الانتحار لدي المكتئبون بالاكتئاب الأساسي تختلف ففي دراسة (Barraclough et al .,1974) وفي دراساتي (Barraclough & Pallin , 1975 ; Dorpat & Ripley , 1960) تراوحت النسبة ما بين ٣٠٪ إلي ٤٥٪.

وتبلغ معدلات الانتحار في الرجال ثلاثة أضعاف نسبتها في الإناث ، بينما تزيد معدلات الانتحار التي لا تنتهي بالقتل الفعلي في المرأة مقارنة بالرجال ، وتزيد معدلات الانتحار مع التقدم في السن ، تزيد بعد سن ٤٥ سنة في السيدات وبعد سن ٥٥ سنة عند الرجال ، كما تزيد فرص نجاح إتمام الانتحار كلما تقدم السن ، وتصل معدلات الانتحار في كبار السن إلي ٢٥٪ من مجموع حالات الانتحار رغم أنهم يمثلون نسبة ١٠٪ فقط من مجموع السكان(لطفي الشربيني ، ٢٠٠١ ، ١٩١).

وانتهت نتائج دراسة بيرج وآخرون(Burge et al ., 2002) إلي أن نصف حالات الراشدين المتخلفين عقلياً الذين استقبلتهم مستشفيات الأمراض النفسية كانوا بسبب محاولات الانتحار ، وتشيع الأفكار الانتحارية ، ومحاولات الانتحار في الأفراد المعوقين بإعاقات خفيفة ، وفي الأفراد المتخلفين عقلياً من متوسطي الدرجة إلي شديدي الدرجة (Menolascino et al ., 1989; Walters , 1990) .

وتزداد معدلات انتشار الانتحار لدي ذوي صعوبات التعلم فقد أسفرت نتائج دراسة سفتاز وآخرون(Svetaz et al ., 2000) عن ارتفاع معدلات انتشار الانتحار في الطلاب ذوي صعوبات التعلم في المدارس فقد بلغت النسبة المقررة ٥.٧٪ خلال فترة ١٢ شهر. وانتهت نتائج دراسة شيسل وريف(Shesell & Reiff, 1999) إلي أن ٤ من كل ١٤ فرد ذوي صعوبات قد ارتكبوا الانتحار. وترتفع معدلات محاولات الانتحار في الإناث عن الذكور ذوي صعوبات التعلم (٩% في مقابل ٤%) .

وفيما يلي المظاهر المرضية المنذرة بإمكانية الانتحار :

١- توفر حادثة سابقة في عائلة المريض.

٢- تهديد المريض بالانتحار أو قيامه بمحاولة جزئية في الحاضر أو في السابق.

٣- تحدث المريض عن عدم جدوى الحياة ، ورغبته في الموت.

٤- وجود مخاوف متسلطة وملحة بأن المريض سيفقد السيطرة علي عقله وتصرفاته.

٥- وجود أعراض اندفاعية في تصرفاته.

٦- إدمان المريض علي المسكرات أو المنومات وتناولها بمقادير زائدة(**علي كمال** ، ١٩٨٨-أ، ٢٤٨).

حالات الانتحار

أوردت منظمة الصحة العالمية في تصنيفها التاسع للاضطرابات العقلية ١٩٨٢ حالات الانتحار علي النحو التالي :

- الانتحار وتسمم الذات بمواد صلبة أو سائلة وتشمل : المسكنات ومضادات الحمى الروماتيزمية ، والبربيتودات ، والمنومات ، والمهدئات والعقاقير المؤثرة علي العقل ، والمستحضرات الكيميائية أو الصيدلانية المستخدمة لأغراض الزراعة والبستنة .
- الانتحار وتسميم الذات بالغازات المستخدمة في المنازل ، أو بغازات وأبخرة أخري.
- الانتحار وإصابة الذات بالشنق والخنق والاختناق ، أو بالغمر (الغرق) .
- الانتحار أو إصابة الذات بالأسلحة النارية والمتفجرات ، أو بآلات قاطعة أو ثاقبة.
- الانتحار وإصابة الذات بالقفز من أماكن مرتفعة.
- الانتحار بوسائل أخري غير محددة (**حسن مصطفي ، ٢٠٠٣- ا ، ٥٤٢**) .

تفسير الانتحار

تعزي أسباب الانتحار إلي العوامل الجينية حيث أن مخاطر الانتحار تعتبر عالية جداً لدي أقارب المصابين بالاضطرابات المزاجية عنها بين أقارب المصابين بالفصام ، وقد وجدت مستويات منخفضة من السيروتونين في مخ أشخاص أكملوا الانتحار ، وتم تشريحهم حيث وجدت في السائل المخي لدي المكتئبين الذين حاولوا الانتحار بالطرق العنيفة ، والأطفال والمراهقين المعرضين لبيئة إدمان وعنف وإهمال ، أكثر عرضة لمخاطر محاولات الانتحار (**حسن مصطفي ، ٢٠٠٣ - أ، ٥٤٥**).

لخص منتز Mintz , 1968 **مختلف الدوافع الواردة في الأدبيات بخصوص** الانتحار بالآتي: العدوان المتجه إلي الداخل ، والانتقام من الآخرين وجعلهم يشعرون بالذنب ، ومحاولة لفرض الحب علي الآخرين ، ومحاولة للتفكير عن أخطاء الماضي ، ومحاولة لتخليص النفس من مشاعر غير مقبولة ، والرغبة في التقمص أو التناسخ أو التجسد من جديد ، والرغبة أو الحاجة للهرب من الضغوط أو الألم أو الانفعال الذي لا يطاق (**قاسم حسين ، ٢٠٠٨ ، ٣٢٤**).

وتلعب الأحداث الحياتية دوراً بالغ الأهمية في حدوث الانتحار في السكان من قبيل موت الحبيب ، والصدمات التي يتعرض لها الفرد (Bongar , 2002).

وشخصية المنتحر تغلب عليها سمات عدم النضج والنكوص الطفولي المتمركز حول الذات ، ويعاني المنتحر من الوحدة وتنطوي شخصيته علي عدوان شديد كامن والعجز عن تكوين علاقات اجتماعية مرضية ، ويشير عالم الاجتماع دوركهايم إلي أن الانتحار ظاهرة اجتماعية مرتبطة بالظواهر الأخرى ومتأثرة بها (سوسن شاكر ، ٢٠٠٨ ، ٢٦٩-٢٧١).

معدلات انتشار الاضطرابات المزاجية لدي ذوي الاحتياجات الخاصة

ترتفع معدلات انتشار الاكتئاب لدي ذوي الاحتياجات الخاصة فقد أسفرت نتائج دراسة كوبي (Kobe , 1991) عن أن تقديرات الوالدين لاكتئاب أبناءهم المعوقين علي قائمة CDI كانت دالة ومرتبطة بالمحكات المقررة في DSM-III R ، وأن الأطفال المعوقين كذلك يعانون من القلق ، ولديهم صورة سلبية عن الذات.

ترتفع معدلات انتشار الاضطرابات المزاجية في المتخلفين عقلياً فالاكتئاب يكون من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً بين المتخلفين عقلياً (Robertson , 2006 , 349; Reiss, 2000) وتتراوح معدلات انتشاره بين المتخلفين عقلياً ما بين ٨.٢ (Menolascino et al ., 1986) إلي ٨.٩٪ (Reiss , 1990 ; Reiss & Rojahn , 1993) وقُدرت نسبة انتشاره بين الراشدين المتخلفين عقلياً بـ ٤.٨٪ (Meins , 1993).

وانتهت نتائج دراسة جيلبرج وآخرون (Gillberg et al ., 1986) والتي أجريت علي عينة بلغ عددها ١٤٦ متخلفاً عقلياً ، وتراوحت أعمارهم ما بين ١٣ -١٧ سنة ، إلي أن ٢.٤٪ من المتخلفين عقلياً يعانون من الاكتئاب. وفي عينة مكونة من ٢٦٤ طفلاً يعانون من إعاقات عقلية ، وتراوحت أعمارهم ما بين ٥-١٥ سنة ، خلصت نتائج دراسة أميرسون (Emerson , 2003) إلي أن معدلات انتشار الاكتئاب تبلغ ١.٥٪.

ويشير رولا (Rola, 1996) من خلال مراجعة متفحصة للتراث أن المتخلفين عقلياً يظهرون أعراض الاكتئاب الأساسي . والذي لا يتباين في أعراضه عن ما وُجد لدي أترابهم العاديين (Craft , 1979,151).

وأجريت دراسة كوربت (Corbett , 1979-A) علي عينة بلغ قوامها ٤٠٢ متخلفاً عقلياً ، بمتوسط عمري ١٥ سنة ، وانتهت نتائجها إلي أن نسبة انتشار الاكتئاب بين العينة كانت ٤٦.٣٪ ، واكتئاب الهوس الاكتئابي كان ٢٥.٤٪ أما دراسة ديكر وكوت

(Dekker &Koot , 2003) فقد أُجريت علي عينة بلغ قوامها ٤٧٤ طفلاً متخلفين عقلياً منتظمون في المدارس ، وأسفرت نتائجها عن أن ١.٧٪ يعانون من الاختلال الاغتمامي. ومعدلات انتشار الاختلال الاغتمامي تكون كبيرة في النساء والمطلقات.

وانتهت نتائج دراسة ماسي وآخرون (Masi et al ., 1998) **إلي أن** الصورة الإكلينيكية للاكتئاب في المتخلفين عقلياً تشتمل علي الاكتئاب الأساسي والاضطراب الاغتمامي ، واضطراب الاكتئاب ثنائي القطب. وحدوث الهوس والهوس الخفيف يكون نادر في الأفراد المتخلفين عقلياً ، ولكنه يكون تراجيدي أو مثيراً إذا حدث:
(Craft , 1979, 153)

ومن خلال مراجعة الملفات لعينة بلغ قوامها ١٩ مريضاً متخلفاً عقلياً وجد والترز وآخرون (Walters et al ., 1995) أن الشكوى كانت المعاناة من سلوك انتحاري أثناء دخولهم أو إقامتهم في المستشفي ، والانتحار يكون موزع بين الجنسين. وانتهت نتائج دراسة والترز (Walters , 2000) إلي أن نسبة ٢١٪ من عينة الأطفال والمراهقين المتخلفين عقلياً البالغ عددهم (٩٠) قد ارتكبوا سلوك انتحاري.

ويفسر ارتفاع معدلات انتشار الاضطرابات المزاجية لدي المتخلفين عقلياً إلي ما يلي:

١- انتهت نتائج دراسة نيزو وآخرون(Nezu et al ., 1995) إلي أن الأفراد المتخلفين عقلياً يبدون أفكار سلبية ، ومعدلات منخفضة من تعزيز الذات .

٢- أسفرت نتائج برامستون وآخرون (Bramston et al ., 1999) عن أن حجم الضغوط المقررة بين المتخلفين عقلياً أعلي مما وجد في العاديين. **وقامت دراسة ستاك وآخرون** (Stack , et al ., 1987) **للتحقق من أن** المتخلفين عقلياً يخبرون أحداث حياتية بصورة متزايدة قبل إدخالهم المستشفي مقارنة بالعاديين ، وانتهت نتائج هذه الدراسة إلي تقرير ما يلي : أن المتخلفين عقلياً في المتوسط يخبرون أحداث حياتية بنسبة ٠.٨ مقارنة بـ ١.٥ للعاديين. يَخبر المتخلفون عقلياً نسبة ٥٠٪ من أحداث الحياة التي تتضمن الصراع بين الأفراد بعضهم البعض ، مقارنة بـ ٥٪ للعاديين. وأشارت نتائج دراسة هستينز وآخرون (Hastings et al ., 2004) إلي أن المتخلفين عقلياً أظهروا واحدة أو أكثر من أحداث الحياة في العام الأخير تزيد من انتشار الاضطرابات الانفعالية لديهم.

٣- يبدي الأفراد المتخلفون عقلياً في المؤسسات وغير المؤسسات سلوكات أكثر اتساقاً مع العجز المكتسب مقارنة بالعاديين(Floor &Rosen, 1975) .

٤- قد يكون الاكتئاب لدي المتخلفين عقلياً مظهراً للضياع في مرحلة الطفولة وخبرات الإحباط ، وانخفاض المعززات الاجتماعية التي يتلقاها الفرد(**عبد الرقيب البحيري ، ٢٠٠٤ ، ٩٠٥**).

وبالرغم من صعوبة تشخيص الاضطرابات المزاجية لدي الأفراد التوحديين بسبب القصور في قدرتهم علي التواصل والتعبير عن مشاعرهم لفظياً أو من خلال التعبيرات الوجهية (Sovner , 1986) كما أن شكوى الأفراد التوحديين من الألم تكون نادرة (Lainhart & Folstein , 1994 , 597) إلا أن نتائج دراسة جيزيادين (Ghaziuddin et al ., 2002) أبانت عن ارتفاع معدلات انتشار الاكتئاب بين الأطفال والمراهقين التوحديين. وقدرت نسبة انتشاره بينهم بـ ٢٪ (Ghaziuddin et al ., 1992). كما انتهت نتائج دراسة وزنيك وبايدمان(Wozniak &Biederman , 1997) إلي إصابة الأفراد التوحديين بالهوس والهوس الخفيف .

ومن المراجعات الهامة التي فحصت الاضطرابات الاكتئابية لدي الأفراد التوحديين مراجعة لينهَرت وفولشتين (Lainhart & Folstein, 1994 , 597) حيث قاما بمراجعة ١٧ دراسة أجُريت علي الأفراد التوحديين ، نصف المرضي في هذه الدراسات كان من الإناث ، و٣٥٪ من المرضي التوحديين كانت بداياتهم مع الاضطرابات المزاجية في مرحلة الطفولة ، و٥٠٪ لديهم تاريخ أسري من الاضطرابات المزاجية ومحاولات الانتحار. وكانت بداية اضطرابات المزاج واضحة لدي الحالات التالية (٤ ، ٦ ، ٧) في مرحلة الطفولة والمراهقة والرشد علي التوالي . والنوبات المنفردة كانت مقررة في ٦ حالات ، واضطرابات المزاج المتكررة والمزمنة كانت واردة في ١١ حالة ، و٨ حالات لديهم نوبات اكتئابية ، و٤ حالات يعانون من نوبات هوس ، و٤ حالات تعاني من نوبات اكتئاب وهوس ، وأحد الحالات تعاني من نوبات مزاجية مختلطة. ومن الدراسات الهامة دراسة كيريتا وناك (Kurita & Nakayasy, 1994) والتي تناولت فحص طفل توحدي من الذكور يعاني من اكتئاب موسمي .

يعاني المعوقين سمعياً من الاضطرابات المزاجية فقد أسفرت نتائج دراسة دينمارك والدريدج (Denmark &Eldridge , 1969) عن أن ١٦.١٪ من الصم البالغ عددهم ١٧٠ أصم يعانون من الاكتئاب. أما نتائج دراسة جرينكر وآخرون (Grinker et al ., 1969) فقد أشارت نتائجها إلي أن ٥.٧٪ من العينة البالغ عددها ١٥٩ يعانون من الاكتئاب الشديد .

وأسفرت نتائج دراسة دينمارك وورن (Denamark & Warren , 1972) إلي أن ٢٠.٨٪ من المعوقين سمعياً البالغ عددهم (١٠٩) يعانون من الاكتئاب. وانتهت نتائج دراسة ريمفينج (Remving , 1969) إلي أن تشخيص اضطراب الاكتئاب الشديد كان مقرر في (٣١) مريض أصم . وأسفرت نتائج دراسة مايكلوبست ، دَيجل (Myklebust , 1964 ; Daigle , 1994) عن أن الذكور الصم أكثر اكتئاباً من الذكور العاديين ، ولا توجد فروق دالة بين الإناث الصم وأقرانهم من الأسوياء. ونشر ماركويتز ونيننجر (Markowitz & Nininger , 1984) حالة عن أصم يعاني من حالة هوس .

وانتهت نتائج دراسة ديجل (Daigle , 1994) **إلي أن اضطراب ثنائي القطب** كان أقل انتشاراً في الغالب في المرضي الصم فكان(٣٪) في مقابل (١٥٪) لعادي السمع . وانتهت نتائج دراسة هَسكن (Haskin, 1998) من خلال فحص ٥٤ مريض أصم مقيم ، أن (٥ حالات) فقط تعاني من اكتئاب ثنائي القطب . أما أُلتشلير (Altshuler , 1971) فقد أشار إلي أنه من خلال خبرته التي تجاوزت (١٥ سنة) مع العمل مع المرضي الصم في مدينة نيويورك أنه وجد حالة واحة من المرضي الصم يعاني من اكتئاب ثنائي القطب .

وانتهت نتائج دراسة جرينكر (Grinker , 1969) من خلال فحص عينة مكونة من ١٥٩ أصم ، أن شخص أصم فقط يعاني من اكتئاب ذهاني ، و٩ مرضي لديهم اكتئاب عصابي ، واحدي وعشرون مريض يعانون من محاولات انتحارية.

وانتهت نتائج دراسة ديدزنسكي (Dudzinski , 1998) إلي وجود عدد جوهري من الراشدين الصم صغار السن لديهم أفكار انتحارية أثناء دراستهم الأكاديمية ، كذلك فإن الذكور والإناث الذين يهددون بالانتحار لديهم مشكلات أسرية ، ومشكلات تتعلق بالعلاقات البينشخصية. وبلغت معدلات انتشار نسبة الانتحار بين الطلاب الصم ٢٪ ، أما محاولات الانتحار فقد تراوحت نسبتها ما بين ١.٧٪ إلي ١٨٪ (Turner et al .,2007).

أما عن معدلات انتشار الاضطرابات المزاجية في المعوقين بصرياً فقد انتهت دراسة فيتزجيرالد وآخرون (Fitzgerald et al ., 1978) إلي أن المعوقين بصرياً يعانون من مستويات مرتفعة من الاكتئاب بعد مضي أربع سنوات من إصابتهم بالإعاقة البصرية ، وأن نسبة مرتفعة من العينة لا تزال تعاني من الاكتئاب(٥٠٪) ، والصراخ ، والغضب ، وتغيرات في الوزن(**أكثر من ٣٠%**) وتقدير الذات المنخفض (٢٠٪) .

والمعوقين بصرياً يظهرون العديد من المشكلات الانفعالية مثل : الاكتئاب القلق ، التحولات المزاجية (Offer , 1969 , 175-176). وانتهت نتائج دراسة ورن وآخرون (Waren et al ., 2002) إلي أن المعوقين بصرياً كبار السن مرتبطين بمخاطر كبيرة للانتحار .

وترتفع معدلات انتشار الاضطرابات المزاجية لدي ذوي صعوبات التعلم فقد أبانت نتائج الدراسات هيث ، ماج وبيرنز ، دالي وآخرون (Maag & Behrens , 1989 ; Dalley et al ., 1992; Heath, 1995) إلي ارتفاع معدلات انتشار الاكتئاب لدي ذوي صعوبات التعلم في عمر ٨ سنوات. وفي مرحلة المراهقة المبكرة . وفي مرحلة المدرسة العليا . أما نتائج دراسة فريستاد وآخرون (Fristad et al ., 1992) فقد أسفرت عن ارتفاع معدلات انتشار الاكتئاب الأساسي لدي ذوي صعوبات التعلم. وانتهت نتائج دراسة بلوم وآخرون(Blum et al ., 2001) إلي أن ارتفاع معدلات الانتحار لدي ذوي صعوبات التعلم ثلاث مرات مقارنة بالمعوقين بدنياً ، وذوي الاضطرابات الانفعالية.

ويتوقع أن تزداد مخاطر الاكتئاب والانتحار لدي المراهقين الموهوبين (Santmire , 1990, 191) , فقد انتهت نتائج دراسة بيكر (Baker , 1995) إلي أن الموهوبين يخبرون الاكتئاب مثل الآخرين في المجتمع.

وفسر الاكتئاب لدي الموهوبين في ضوء رغبة الموهوب إلي الوصول إلي مستويات مرتفعة من الأداء والمسئولية والانجاز ، ومشاعر الصراع بين هذه العوامل ، ومشاعر الوحدة من خلال تجاهل الآخرين (Weisse , 1990) .

كشفت نتائج الدراسات عن ارتفاع معدلات انتشار الإضرابات المزاجية لدي المعوقين بدنياً فقد انتهت نتائج دراسة جلاسر وآخرون(Glaser et al ., 1964) إلي أن المعوقين بدنياً يعانون من الاكتئاب وصورة متدنية عن الذات والانسحاب الاجتماعي.

وأسفرت نتائج دراسة هيل ، تيرنر وبيزر ، روتر (Hill , 1993 ;Turner &Beiser, 1990 , Rutter, 1977) إلي أن الراشدين المعوقين بدنياً يخبرون الاكتئاب أكثر من أقرانهم غير المعوقين. ويعاني مرضي التصلب الحدبي من الاكتئاب . والانفعال السلبي (Maier et al ., 2003) .

ويعزي ارتفاع معدلات انتشار الاضطرابات المزاجية في المعوقين بدنياً إلي التفاعلات المتدنية مع الآخرين ، كما أنهم يفتقرون إلي الأصدقاء ، والأقران والي صعوبات جمة في التنقل (Stevens et al ., 1996) .

التشخيص الفارقي للاضطرابات المزاجية

عند تشخيص الاكتئاب يراعي ما يلي :

١- أن هناك عدة من العقاقير التي تسبب الاكتئاب مثل Methyldopa , Steroids , Propranold , Reserpine والمهلوسات Hallucinogens والماريجوانا Marijuana والأعراض الانسحابية الناتجة عن تعاطي الامفيتامينات Amphetamine ، والبنزوديازيبين Benzodiazpines والباريتيورات Babiturates.

٢- الأمراض الناتجة عن العدوى مثل التهاب الكبد الوبائي ، والالتهاب الرئوي.

٣- اضطرابات الغدد الصماء لاسيما الغدة النخامية والغدة الدرقية.

٣- اضطرابات الجهاز العصبي مثل إصابات وأورام المخ .

٤- اضطرابات أخري مثل : الإصابة بالأنيميا ، سوء التغذية:

(Waldinger , 1990,139-140)

٥- الذهان العضوي : يبدأ أحياناً الذهان العضوي مثل زهري الجهاز العصبي وتصلب شرايين المخ وأورام المخ ، والشلل الاهتزازي ، والتصلب المتأثر بأعراض اكتئابية ولذا يجب فحص المريض بدقة .

٦- كثيراً ما تكون أعراض الاكتئاب ثانوية لسرطان القولون والبنكرياس ونقص الأكسجين في المخ من جراء هبوط في القلب أو وظائف التنفس ، كذلك مع هبوط الكبد أو الكلية ، مما يتطلب الفحص الدقيق (**أحمد عكاشة ٢٠٠٣ ، ٤٥٠**).

٧- لأن الأفراد الذين يصابون بحالة الخرف Dementia يخبرون فقدان للذاكرة ، وصعوبة في عملية التركيز ، أنه يكون من الصعب التمييز بينهما لاسيما في الأعمار الكبيرة. كما يجب التمييز بين الذهان والاكتئاب الذهاني ، فالأعراض الاكتئابية غالباً تكون تابعة لبداية الذهان ، في الاكتئاب الذهاني اضطرابات المزاج تسبق أو تتحد مع بداية الذهان (Waldinger , 1990) .

النماذج المفسرة للاكتئاب والاضطرابات المزاجية

العوامل البيولوجية Biological Factors

١- الوراثة Genetics

تتعدد النماذج المفسرة للاكتئاب فيركز النموذج الوراثي في نشأة الاكتئاب علي الاستعداد الوراثي لدي الفرد (Katona & Robertson , 2005) والذي بدوره يفسر نسبة ٣٠٪ من حدوث الاكتئاب الأساسي(Sullivan et al ., 2000) وتؤكد الدراسات

علي أن عدد الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب في أسرة المريض يزيد بمقدار ٣ أضعاف عن الأسر العادية (**لطفي الشربيني**، ٢٠٠١، ٥٧).

وبعد عرضه لمجموعة من الدراسات التي تدلل علي أهمية العامل الوراثي يشير (**أحمد عكاشة**، ٢٠٠٣، ٤٢٠) إلي أن نسبة الإصابة بالاضطرابات المزاجية بين التوائم المتشابهة تصل إلي ٦٥٪ والتوائم المتآخية إلي حوالي ١٤٪، وتقل نسبة الإصابة بين أفراد العائلة، كلما تقدم سن المريض بين المصابين، وكلما وجدت مسببات نفسية وجسمية.

ويشير كلينمانتز Kleinmuntz, 1980 إلي القول بأن البيئات المتوافرة حالياً توحي بأن العامل أو المكون الوراثي له دور أكبر في اضطراب ذي القطبين (**أي الاكتئاب مع الهوس**) من اضطراب القطب الواحد (**أي الاكتئاب من دون هوس**) وهذا يعني أن المتغيرات أو العوامل الوراثية قد تكون ذات أهمية أكبر في اضطراب ذي القطبين منها في اضطراب القطب الواحد (**قاسم حسين**، ٢٠٠٨، ٢١٢)

(Kendall &Hammen 1995 , 257; Kaplan & Sadock , 1985 , 241)

فبينما نتوقع حدوث اضطراب الهوس والاكتئاب في المجموع العام للناس بنسبة ٣٪، نجده يرتفع عند أقرباء المرضي بذهان الهوس والاكتئاب، ويصل بين التوائم المتطابقة بنسبة ٧٠٪، والتوائم غير المتطابقة ٢٦٪ (**كوفيل وآخرون** ١٩٨٦، ٢٦٢).

٢- النموذج الكيميائي الحيوي

يرجع النموذج الكيمائي الحيوي نشأة بعض جوانب الاكتئاب إلي الاضطراب في توازن البوتاسيوم والصوديوم عند المكتئبين، ووجود قصور في العناصر الكيميائية في المخ وبخاصة توزيع العناصر الأمينية، وهي عبارة عن موصلات عصبية وتشمل أنواعاً منها الدوبامين، والسيروتينين والنوربينيفرين (**عبد الستار إبراهيم**، ١٩٩٨، ١٠٤-١٠٥) ونقص ناتج أيض النورأدرينالين في مرضي الاكتئاب بينما يكون مرتفعاً في ٥٠٪ من مرضي الهوس (**ثامر أحمد وآخرون**، ٢٠٠٨، ٣٥٩).

تضمين الغدد الصماء في الاكتئاب ظل مجال للشك لعدة سنوات مضت. لاسيما الاضطرابات الهرمونية في الغدة النخامية، وكذلك اضطرابات الغدة الدرقية (**سمير بقيون**، ٢٠٠٧، ٩٠) والأعراض البدنية الملاحظة الواضحة للتغيرات في الغدد الصماء في اضطرابات المزاج تكون قلة الشهية، فقدان الوزن تقلص الدافع الجنسي:

(Kaplan & Sadock , 1985, 242)

وحدوث خلل في نشاط الغدد الصماء يقترح من خلال ارتباط اضطراب المزاج بزملة أعراض كوتشنج Cushing's Syndrome والذي ينشأ من زيادة معدل هرمون الكورتيزول في الدم ، كما أن اضطرابات الاكتئاب تحدث بعد الولادة وبعد انقطاع الطمث ويكون ذلك مرتبط بتغيرات في الغدد الصماء رغم عدم وجود دليل قوي مساند:
(Gelder et al ., 1999, 141)

ويبدو أن عدم التوازن الهرموني يظهر أكثر في حالة الاكتئاب الذاتي (**أي المتسببة من داخل الفرد**) وإنه بالتالي يمكن أن يفيد عدم التوازن الهرموني للتفريق بين حالات الاكتئاب الداخلية وحالات الاكتئاب الخارجية(**قاسم حسين ٢٠٠٨ ، ٢١٣**) .

والإيقاعات اليومية (**الساعة البيولوجية**) وشذوذ نمط النوم في الاكتئاب مع التحسن العابر في الاكتئاب الذي يحدث بتأثير حرمان النوم أدي إلي افتراض أن الاكتئاب انعكاس لنظام شاذ في إيقاع الساعة البيولوجية ، واكتئاب الدورة الشهرية وما قبلها وتوقفها في حالات اضطراب الاكتئاب الشديدة (**ثامر أحمد وآخرون ، ٢٠٠٨ ، ٣٦٠**).

وهناك فحص كيميائي يتم فيه تحليل عينة من الدم في تحديد مستوي مادة الكورتيسول Cortisol وهي احدي المواد الطبيعية التي يتم إفرازها في الجسم ويزيد مستواها في أوقات معينة من اليوم ، وينقص في أوقات أخري تبعاً للساعة البيولوجية وقد لوحظ أن مستوي هذه المادة يزيد في حالات الاكتئاب (**لطفي الشربيني ، ٢٠٠١ ، ٦٥**).

وفي دراسة حديثة لتقييم صور الرنين المغناطيسي لدي أكثر من ١٠٠ من المرضي بالاكتئاب بالمستشفيات النفسية ، وجد انخفاضاً في حجم الفص الأمامي Frontal Lobe وزيادة حجم البطين Ventricular وهذه النتائج تتفق مع اكتشافات أخري قدمتها فحوص الرنين المغناطيسي لدي الراشدين المصابين بالاكتئاب الأساسي ، وأيضاً دراسات فحص جثث المكتئبين من الراشدين التي أظهرت فقدان اختياري لخلايا الفص الأمامي والتلف في الفصوص الأمامية مرتبطاً أيضاً بأعراض الاكتئاب لدي المرضي ، وتبدو بأنها ذات ارتباطات متعددة بالعقد القاعدية Basal Ganglia والجهاز الطرفي Limbic System ويعتقد أن ذلك يشتمل علي عدم السواء في علم أمراض الاكتئاب(**حسن مصطفي ، ٢٠٠٣ أ ، ٥٢٩-٥٣٠**) .

وانتهت نتائج دراسة ميريم (Merriam et al ., 1999) إلي أن المرضي المصابين بالاكتئاب الأساسي مصابون باضطراب في القشرة قبل الجبهية Prefrontal Cortex حيث يلاحظ القصور في كمية انسياب الدم إلي هذه القشرة وهناك خفض في نشاط

عمليات البناء في هذه القشرة ، وضمور أو توقف عن النمو العصبي في القشرة قبل الجبهية Neural Atrophy (Drevets , 2000; Bremmer et al ., 2000).

كما انتهت نتائج دراسة بارش وآخرون (Barch et al ., 2003) **إلي أن** المرضي بالاكتئاب الأساسي أظهروا نشاطاً واضحاً في القشرة قبل الجبهية الظهرية الجانبية اليمني واليسري Right and Left Dorsolateral Prefrontal Cortex ، كما أوضح التخطيط الكهربائي للدماغ أن الكثير من المرضي بالاكتئاب يظهرون اضطرابات أثناء النوم (النوم أقل عمقاً) ، وسرعة دخول المريض في نوم حركة العين السريعة:
(Sadock & Sadock , 2003 , 539)

العوامل النفسية Psychological Factors

يشير النموذج التحليلي النفسي إلي أن الأعراض الاكتئابية ترتبط بتقدير للذات منخفض ، وبخبرات الفقد (Kaslow et al ., 2000) أثناء مرحلة الرشد (**فقد الزوج أو الزوجة**) (Fadem & Simring, 1998 , 67). وقد أولت النظرية النفسية الدينامية معظم انتباهها إلي الاكتئاب وليس إلي الهوس لأنها نظرت إلي الاكتئاب علي أنه اضطراب أساسي ، وأنه إذا ما صاحبها الهوس ، فلن يكون أكثر من مجرد عملية دفاعية في التكوين العكسي ضد القلق(**قاسم حسين ، ٢٠٠٨، ٢٠١**).

ويحدث الاكتئاب عندما يفتقد المريض المحبوب فإنه يشعر باليأس ويصب غضبه علي الشخص المفتقد ، ويمثل هذا الغضب إحساس غير مُرضي لديه ولهذا يعاد توجيه نحو الذات (Gelder et al ., 2006 , 235).

كما يرجع إلي اضطراب العلاقة بين الأم وطفلها الرضيع أثناء المرحلة الفمية(**الفترة من: ١٠ إلي ١٨ شهر**) ويؤدي ذلك إلي تهيئته للتعرض للاكتئاب فيما بعد (Sadock & Sadock , 2003 , 539).

ويري أدلر أن الاكتئاب محاولة للسيطرة علي الآخرين من خلال النقص والشكوى (**محمد السيد ، ١٩٩٨ ، ١٨٢**) ويشير رادو Rado, 1928 إلي أن الاكتئاب ما هو إلا "صرخة بحث عن الحب" متأثراً فيما هو واضح بنفس الاتجاه الفرويدي المبكر ، ويصف فينيكيل Fenichel , 1945 المكتئب بأنه " **إنسان مدمن للحب**" ولكن بيبرنج Bibring, 1953 فيري أن الخاصية الرئيسة التي تميز الاكتئاب تتمثل في العجز عن تحقيق الحاجات أو الطموحات(**عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٨ ، ٩٨**).

ويري أصحاب المدرسة السلوكية أن الاكتئاب مكتسب ، ويمكن تفسيره في ضوء الإشراط الكلاسيكي فإنه لما كان من شأن مثيرات معينة (**مشروطة**) أن تولد استجابات انفعالية (**مشروطة**) فإن الأفراد يتجنبون مواجهة هذه المثيرات ، وفي ضوء الإشراط الايجابي فيشير فوستير ، ١٩٧٣، ١٩٧٤ إلي أن الاكتئاب **ينتج عن أحد المواقف التالية :**

١- معدلات منخفضة من التدعيم أو التعزيز.

٢- معدلات عالية من العقاب.

٣- استبعاد المثيرات المميزة لنتائج الاستجابة (التدعيم) أي الإطفاء(**محمد محروس ، محمد السيد ، ١٩٩٨ ، ٣١٥**).

وتفسر المدرسة المعرفية الاكتئاب من خلال عدد من النماذج أهمها : نموذج التشويه المعرفي، فيقترح بيك Beck أن ما لدي مريض الاكتئاب من معارف عن الواقع وعن ذاته ، أصابها التشويه والتحريف ، ويري أن الاكتئاب هو اضطراب في التفكير قبل أن يكون اضطراباً للوجدان ، ويحدث التشويه المعرفي نتيجة أفكار تلقائية تظهر في عقولنا أو تحلق في أذهاننا ويتقبلها مريض الاكتئاب دون تمحيص(**محمد السيد ، ٢٠٠٠-أ، ٣٥٧-٣٥٨**).

ومن هذه الأفكار التي اقترحها بيك ويقع فيها المكتئبون هي:

١- **الاستدلال الخاطئ أو التعسفي** Arbitrary Inference : بناء استنتاجات علي عناصر معينة في غياب الأدلة الكافية ، أو في حالة عدم وجود أدلة .

٢- **التجريد الانتقائي** Selective Abstraction حيث يبني الفرد استنتاجاته علي أساس العناصر السلبية في الموقف ، أو إدراك الخبرة العامة علي أساس جزئي ، وتجاهل للبراهين الايجابية للموقف .

٣- **التعميم المسرف** Overgeneralization حيث يطلق المرء أحكاماً سلبية عامة عن ذاته علي أساس مقدمات بسيطة أو حدث واحد قد يكون عديم الفائدة ، أو يطبق المفهوم بطريقة غير مميزة أو عشوائية لكل من المواقف ذات الصلة وغير ذات الصلة.

٤- **التضخيم والتقليل**Magnification&Minimization أي المغالاة والمبالغة في أهمية الأحداث الهامة ، وتضخيم الأحداث غير الهامة أو غير المرغوبة أو يبخس ويقلل من الأحداث الهامة أو يضخم الأحداث الهامة والمرغوبة .

٥- **إضفاء طابع الشخصية**Personalization وهو الميل إلي إضفاء أو ربط الأحداث الخارجية بذاته بدون وجود دليل.

٦- **الكل أو لاشيء** All or Nothing وهو الميل إلي التفكير بصورة مطلقة (الأبيض المطلق، الأسود المطلق، الكل المطلق، أو لا شيء مما سبق:
(Sacco & Beck, 1985, 246)

ويتضح التشويه المعرفي في المثال التالي: امرأة اكتئابية عاد زوجها متأخراً إلي البيت في أحد الليالي، قد تستنتج أن لديه علاقة بامرأة أخري، حتى ولو لم تكن هناك دلائل أخري تدعم مثل هذا الاستنتاج (**جيفري ي.يونج وآخرون ٢٠٠٢، ٥٨٢**) كما أن التشويه المعرفي، وأخطاء الاستدلال تظهر جلية في حالة الشعور بالآسي النفسي:
(Engler, 2003)

كما يقترح بيك ١٩٦٧ أن الفقد المبكر يؤدي إلي تشكيل بناءات معرفية مستدامة تجعل الفرد معرض للاكتئاب (Fennell et al .,2004, 205-206). ويعتقد بيك أن اتجاهات الأطفال نحو أنفسهم والعالم تستمد جذورها من خبرات الطفل الخاصة، وعلاقاته بأسرته، والحكم علي الأفراد المحيطين بهم، ولسوء الحظ فإن بعض الأطفال يطورون اتجاهات سلبية (Comer , 1998 , 253).

ومن هنا فإن الاكتئاب ما هو إلا استجابة لا تكيفية مبالغ فيها، وتتم كنتيجة منطقية لمجموع التصورات، أو الإدراكات السلبية للذات، أو للموقف الخارجي، أو للمستقبل، أو العناصر الثلاثة مجتمعة (**عبد الستار إبراهيم** ١٩٩٨، ١٧٩).

فالتفكير الشاذ لدي المكتئبين ينقسم إلي ثلاثة مكونات :

(١) تذكر الأحداث غير السارة أكثر وبسهولة من الأحداث السارة.

(٢) أفكار اقحامية غير سارة (أفكار سلبية).

(٣) الاعتقادات غير الواقعية أو الحقيقية (Gelder et al ., 1999, 140).

وكذلك فإن المدرسة المعرفية تقر بالعوامل البينشخصية وفي هذا يشير كوين (Coyne , 1976) في دراسته عن الاكتئاب إلي أن السلوك الاجتماعي في بعض المواقف للأفراد المكتئبين من الممكن أن ينتج عن رفض الآخرين، وهذا يفاقم من حالة الاكتئاب.

وتشير نظرية ايليس، وأشبروك (نظرية مصادر التجهيز) Ellis & Ashbrook 1988 Processing Resource Theory , إلي أن الحالة الانفعالية للشخص تُنظم أو تضبط توزيع مصادر التجهيز، وأن الحالة الانفعالية السلبية تؤدي إلي زيادة الأفكار الاقحامية غير الملائمة والتي عندئذ تتسابق مع الأنشطة المعرفية المناسبة، كما أن مصادر التجهيز لدي المكتئبين تكون قليلة مقارنة بالأسوياء وذلك راجع إلي انشغالهم بانفعالاتهم(Kliegel et al ., 2005 ,1200 ; Watts , 1995 , 311).

وقصور الذاكرة وقصور الأداء علي المهام المعرفية يكون نسبياً شائع لدي المرضي باضطراب الاكتئاب الأساسي (Veiel, 1997) .

مشاعر العجز المتعلمة Learned Helplessness تتضح هذه المشاعر من خلال التجارب التي أُجريت علي الحيوانات فإذا ما تعرضت أثناء تعلمها لأداء مهمة أو مطلب معين لصدمات كهربائية مؤلمة لا يمكن لها أن تتفادها فإنها تفشل فيما بعد في تعلم أداء واجب أو مهمة أخري ، وعرفت هذه الظاهرة بأنها شعور متعلم بالعجز ، وبواسطتها يتعلم الحيوان أنه لا توجد علاقة بين محاولاته أو استجاباته مهما نوع منها للتخلص من المأزق وبين أي آثار سارة أو تجنب للعقاب المؤلم الذي يلقاه بصوره مستمرة وعشوائية(**عز الدين جميل ، ٢٠٠٣ ١٣١**) :

ويري سيلجمان Seligman **أن أسباب العجز هي اعتقاد الفرد العاجز بلا** جدوى الفعل ، أي أن الفرد العاجز هو ذلك الذي آمن ويؤمن ، أو تعلم أو يعتقد بعدم قدرته علي السيطرة علي المتغيرات المؤثرة في حياته ، أي تخفيف معاناته والحصول علي الرضا والسرور ، أي أن العجز يظهر فقط في الحالات التي يؤمن فيها الفرد بأنه لا حول ولا قوة له إزاء مواقف الحياة ولا أمل فيها(**قاسم حسين ، ٢٠٠٨ ٢٠٧**).

ويفترض نموذج العجز المكتسب لسيلجمان أن الأفراد الذين يميلون إلي عزو الأحداث السالبة ، أو المواقف البغيضة غير المضبوطة إلي عدم كفايتهم وأنها ثابتة (**ستبقي مؤثرة عليهم عبر الزمن**) ، وأن مسبباتها لها آثار عامة أو غير محدودة علي حياتهم ، يكونون معرضين للإصابة بالاكتئاب .(McGinn, 2000, 258).

وطبقاً لنظرية اليأس Hopelessness **آبرامسن وآخرون** Abramson, Metalsky &Alloy, 1989 فإن الاكتئاب لا يعتمد علي الاعتقاد بأن هناك نقصاً في السيطرة علي الأحداث فحسب ، وإنما الاعتقاد بأن الأحداث السلبية سوف تعود مرة أخري ، وعندما يتمسك الفرد بهذين النوعين من التوقعات يشعر باليأس ويصبح اليأس بالتالي هو السبب المباشر للاكتئاب (**جمعة سيد ،٢٠٠١ ، ١٠٧**) .

النموذج النفسي - الاجتماعي

يفسر النموذج النفسي- الاجتماعي أسباب حدوث الاكتئاب بفقدان العلاقات البينشخصية. (Kessler, 1997) علي أنه يجب أن نضع في الحسبان بأن اضطراب العلاقات البينشخصية قد تكون سبب للاكتئاب أوقد تكون نتيجة له:

(Barnett & Gotlib , 1988, 97)

وإلي تعرض الشخص للضغوط النفسية (Patten , 1999 ; Billings & Moos , 1982) والضغط حدده لازاروس (Lazarus, 1984) علي أنه "الأحداث التي تدرك علي أنها مصدر للتهديد ، والتحدي ، وإلحاق الأذى".

وقام كل من جودوين وجاميسون Goodwin &Jamuson, 1990 بأربعة عشرة دراسة واستنتجا أن الأحداث الضاغطة كانت مسئولة عن البداية الأولية لنوبة الهوس ، ولكنها غير مسئولة عن تكرارها (في : **محمد السيد ، ٢٠٠٠-أ، ٣٦٥**).

وإلي اضطراب العلاقات الزواجية ، والظروف الصحية للوالدين ، أو فقد الوالد قبل مرحلة البلوغ (Fadem , 1991 , 87) وظروف العمل المضطربة وانخفاض المستوي الاقتصادي- الاجتماعي للأسرة (Salokangas & Poutanen,1998) . وتدني التعليم الوالدي ، والبطالة في الأسرة ، والقصور المدرك للمساندة الاجتماعية:
(Kaltiala – Heino et al., 2001)

وإلي وجود أعداد متفاوتة من الأطفال والمراهقين ينحدرون من أسر تزداد فيها حالات الطلاق(Shiner& Marmorstein, 1998) فالأشخاص المطلقون أو المنفصلون قرروا معدلات مرتفعة من الاكتئاب . فالذكور المتزوجون أقل في معدلات الاكتئاب من الذكور غير المتزوجين ، والإناث المتزوجات تكون معدلات انتشار الاكتئاب لديهن أعلي من الإناث غير المتزوجات(Stahl , 2000 , 139).

وانتهت نتائج دراسة بوزنانسكي وآخرون(Poznanski et al ., 1976) **إلي أن** رفض الوالد للطفل وإهماله ينبئ باستمرارية الاكتئاب في الأطفال. وأبانت نتائج دراسة بريننان وآخرون(Brennan et al ., 2002) عن وجود ارتباط بين الاكتئاب الأموي والاكتئاب لدي أبنائهم والقلق والاضطرابات الخارجية بينما الاكتئاب لدي الأب كان مرتبط بالاضطرابات الخارجية ولم يكن مرتبطاً باضطرابات القلق والاكتئاب لدي الأبناء.

الوقاية

اليقظة لعلامات أو تحذيرات الاكتئاب : لا بديل عن أن تكون حساساً لمشاعر الأطفال وسلوكهم .

- كن واعياً لمشاعر العجز المستمرة عندهم .
- خذ شكوى الأطفال علي محمل الجد وتقبلها باحترام .

- انتبه لتعليقاتهم ولسلوكهم ، ولا تقلل من أهمية شكاوي الأطفال لأن الإهمال يقود إلي الاكتئاب أو إلحاق الأذى بالنفس .
- إن أي تغيير مفاجئ في السلوك وأي تغيير في الشخصية والانتقال من السعادة إلي الجدية (من الاعتماد إلي الاستقلالية ، من المسؤولية إلي عدم المسؤولية) الانسحاب وعدم الكفاءة وعدم الانجاز المدرسي، وفقدان الاهتمام يجب أن تؤخذ بجدية وبسرعة .
- يجب علي الآباء ملاحظة أي خلل في الروتين الاعتيادي أو في النوم أو في الدراسة كمؤشرات تدل علي الاكتئاب عند الأطفال(سعيد حسني ٢٠٠٢- ب ،١١١).

علاج الاضطرابات المزاجية

بعض الأفراد المكتئبون أحادي القطب يحصلون علي المساعدة المهنية لكن معظم الآخرين لا يحصلون عليها ، من المحتمل فقط ١٠٪ إلي ٢٥٪ من هؤلاء باضطرابات اكتئابية يبحثون عن العلاج (Waldinger, 1990 , 105).

ويمكن تناول علاج الاضطرابات المزاجية في الأتي :

١- الليثيوم : Lithium أظهرت نتائج العلاج بالليثيوم تأثيرات مبهرة في خفض حدة نوبة الهوس الحاد ونوبة الهوس الخفيف ، وفي الوقاية (علي الأقل نقصان التكرار أو الحدة) وأظهرت النتائج نجاعة في علاج اضطرابات ثنائية القطب I ، II وحققت لدي ٧٠٪ من المرضي فعالية في الوقاية من الانتكاسة (Kendall & Hammen , 1995 , 261) وهناك إجماع بين الأبحاث الصادرة من كل بلاد العالم يؤكد أن أملاح الليثيوم تستطيع أن تحقق الشفاء في حوالي ٨٠٪ إلي ٩٠٪ من الحالات (عادل صادق ٢٠٠٣ ، ٨٤).

ويعطي المريض جرعة من الدواء توصل تركيز الليثيوم في الدم إلي نسبة تتراوح ما بين ٠.٨-١.٢ ميللي مكافئ للعلاج أو ٠.٦-٠.٨ للوقاية من الانتكاس أو إعطاء الأدوية المضادة للذهان والتي تعرف بالأدوية غير التقليدية مثل الريسبيريدال والاولانزابين (زيبريك) وقد ثبت فعالية هذه الأدوية في علاج الهوس(سمير بقيون ، ٢٠٠٧ ، ٨٥،٩٠) أو إعطاء المريض الأدوية المضادة للذهان من أجل تهدئته (مثل مجموعة الفينوثيازين أو البيتيروفينون) أو العلاج بالصدمات الكهربائية(E.C.T) (عبد الكريم الحجاوي ، ٢٠٠٤ ٢٦٥) والأدوية ثلاثية الحلقاتTircyclic ومن أمثلتها أمتربتلين (تربتزول) نورتريبتلين أمبرامين(تفرانيل) كلوميبرامين(أنافرانيل) (لطفي الشربيني ، ٢٠٠١ ،

٢٥٧) وتفيد المطفات العظيمة كالكلوربرومازين إلي ٣٠٠ مجم في اليوم ، أو الهالوبيريدول إلي ٣٠ مجم في اليوم مع حبوب الكوجنتين لتمنع التيبس العضلي كعرض جانبي للهالوبيريدول وهذه مؤلمة للمريض ، وتتم الوقاية من انتكاس المرض بنجاح كبير باستعمال أملاح الليثيم في جرعة واحدة (عبد الرءوف ثابت ، ١٩٩٣ ، ١٢٠).

٢- **العلاج بالصدمات الكهربائية** : إن استعمال الصدمة الكهربائية ليس له ما يبرره في حالات الاكتئاب البسيط أو المتوسط الشدة ، فهو علاج له بعض أخطاره ، وقد يؤثر استعماله في الذاكرة وهو هام بالنسبة لمن يعتمدون علي هذه الخاصية العقلية في أعمالهم ووظائفهم ، علي أن بعض الحالات شديدة الاكتئاب وخاصة تلك الحالات التي قام المريض فيها بمحاولة انتحارية ، فإن استعمال الصدمة تحت رقابة خاصة وفي ظروف علاجية ملائمة قد يصبح أمراً ضرورياً ، ثم إن بالإمكان المزاوجة بين العلاج الكهربائي والعلاج بالأدوية (علي كمال ، ١٩٨٨-أ ، ٢٦٧) وهذه الجلسات لا تعالج الهوس ، ولكنها تهدئ المريض وبذلك يمكن إعطاؤه العلاج ، ولذلك فإننا نعطي جلستين أو ثلاثاً فقط ثم نستكمل العلاج بالعقاقير(عادل صادق ، ٢٠٠٣ ١١٢).

٣- **العلاج البيني** ونعني به إيجاد بيئة ملائمة يتعامل معها المريض بعيداً عن الضغوط والمواقف التي تسببت له في المرض ، ويتم ذلك بانتقال المريض إلي وسط علاجي أو في مكان للاستشفاء ، ومن وسائل هذا العلاج الترويح عن المريض ، وشغل فراغه في العمل وتأهيله حتى يندمج في بعض العلاقات التي تمهد إلي عودته للحياة الاجتماعية مرة أخري(لطفي الشربيني ، ٢٠٠١ ٢٤٩).

٣- **انتهت نتائج دراسة بندولو** (Pondillo , 1993) إلي فاعلية التدريب علي المهارات الاجتماعية في خفض الاكتئاب لدي الراشدين المتخلفين عقلياً .

٤- **برهن العلاج المعرفي علي تأثيره الفعال في علاج الاكتئاب** ، وفي الوقاية من حدوث الانتكاسة . فالعلاج المعرفي ينصب علي تناول التفكير السلبي وإعادة تقييم الافتراضات والمعتقدات لخفض حدة الاكتئاب (Fennell e[illegible] ,2004 , 206) ويركز علي خفض الأعراض الاكتئابية وبحل المشكلات الحياتية [illegible]ساعد المريض ليصبح أكثر حيوية ، وشعوراً بالسرور ويكون أكثر أداءً في عمله كما أن المريض يلاحظ أن الأفكار اللاعقلانية غير الواقعية كيف تؤدي إلي حدوث الاكتئاب ، ويتعلم المريض كيف يتغلب علي هذه الأفكار(Kendall & Hammen , 1995, 249).

٥- ومن خلال دمج العلاج النفسي مع استخدام عقار الكلوميرامين lomipramime حدث تحسينات واضحة في علاج حالات الاكتئاب الأساسي، حيث كانت معدلات الإقامة في المستشفي أقل، كما أدي إلي حدوث تحسن في التوافق في العمل لمدة ١٠ أسابيع. (Burnard et al ., 2002) والمرضي بالاكتئاب الذين يصابون بالانتكاسة يكون السبب في ذلك عدم كفاية العلاج، أو عدم ملاءمته(18 , Waldinger, 1990).

٧- **يهدف العلاج النفسي المختصر** Brief Therapy كما يري ايزنبرج , Eisebberg 1975 إلي إيجاد حلول سريعة لمشكلات حالية كما يهدف إلي إيجاد أهداف يمكن أن تكون قابلة للقياس، والملاحظة بحيث يتم تحقيقها ضمن خطوات قصيرة المدى، كما يهدف هذا الأسلوب العلاجي إلي تمكين المسترشد من معرفة نفسه وقبولها كما هو بالنسبة لقبول الآخرين وبناء علاقات اجتماعية بالآخرين ويكون دور المعالج الاندماج والتعاطف مع المسترشد (**عطا الله فؤاد، دلال سعد، ٢٠٠٩، ٢١٧**).

٨- **العلاج بالضوء** Light Therapy في الواقع يمثل الظلام مشكلة كبيرة للمرضي بالاضطراب الوجداني الموسمي، ومن ثم يصبح تعرض هؤلاء المرضي للضوء ذا أهمية كبيرة، والذي يتضمن تعريض المريض لكميات إضافية من الأضواء الاصطناعية أثناء فصل الشتاء لعدة ساعات يومياً لخفض حدة الاكتئاب، ويوصي الإكلينيكيون بأهمية أن يأخذ المريض إجازة للذهاب إلي الأماكن المشمسة:

(Comer , 1998 , 245)

٩- **العلاج الاجتماعي**: مساعدة المريض اجتماعياً وحل مشاكله، وإحداث التغيرات البيئية المناسبة لتقليل معاناته (**ثامر أحمد وآخرون، ٢٠٠٨ ٣٦٣**).

١٠- **العلاج الأسري** يكون دائماً جزءاً من علاج اكتئاب الأطفال لتعليم الأسر بخصوص الاضطرابات المزاجية. وتشجيع حل الصراع الأسري المؤثر جداً كما أن التدخل الأسري هام بوجه خاص للتعامل مع الصراع، لأن الصراع المستمر قد يسرع أو يزيد الانتكاسة للاكتئاب. وبالنسبة للأطفال المكتئبين تظل الوظائف السيكولوجية الاجتماعية معاقة لفترات طويلة حتى بعد زوال وقائع الاكتئاب. وتصبح الحاجة للتدخل لتنمية المهارات الاجتماعية لمدي طويل(**حسن مصطفي، ٢٠٠٣ - أ، ٥٣٩**).

وتُعد العلاقة التعاونية بين المريض والمعالج من الأمور أساسية في العلاج المعرفي، وعندما يعمل المريض والمعالج معاً تتعزز الخبرة التعليمية لكل منهما وتنمو روح التعاون

بينهما ، والتي تسهم بقدر كبير في العمليات العلاجية ، ويتساوي مع هذا في الأهمية إسهام الأسلوب التعاوني في تأكيد الأهداف المتناغمة للعلاج ويمنع سوء الفهم وسوء التفسير بين المريض والمعالج ، ونتيجة لهذه الأهمية للعلاقة التعاونية فإننا نعطي قدراً كبيراً من التأكيد لمهارات التفاعل لدي المعالج وعمليات انتخاب مشتركة للمشكلات التي يتعين العمل بها ، والعائد المنتظم وعمليات الفحص التي نطلق عليها اسم الواقعية التعاونية(**جيفري ي.يونج وآخرون ، ٢٠٠٢ ، ٥٩٢**).

الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى

الذهان *Psychosis*

الذهان هو اضطراب عقلي خطير، وخلل شامل في الشخصية يجعل السلوك العام للمريض مضطرباً، ويعوق نشاطه الاجتماعي (حامد زهران، ٢٠٠٥ ٥٢٧) .

وقد يضفي البعض صورة وردية علي المرض العقلي والجنون بأن يتصورهما مهرباً من وقائع الحياة الصارمة ومنغصاتها، ويشجع علي ذلك بعض التصورات التي يحكيها الخيال الشعبي عن سعادة المجانين وهنائهم. لكن الحقيقة أن المريض العقلي أبعد ما يكون عن السعادة والنعيم (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٤، ٢٢).

معدلات انتشار الذهان

مرضي الذهان كثيرون اليوم، ويقدرهم البعض بنسبة ٣٪ من المجموع العام للسكان(حامد زهران، ٢٠٠٥، ٥٢٨) .

أعراض الذهان

تتضمن أعراض الذهان ما يلي:

١- عدم تكامل الشخصية.

٢- التقويم المتدني والسلبي للواقع.

٣- العجز عن بناء علاقات اجتماعية.

٤- أعراض محددة تتضمن تغيرات في المزاج، والسلوك الشاذ، وهلوسات وضلالات (Downey & Low , 1974 , 515).

٥- يتسم تفكير الذهانيين بأنه غير واقعي وغير منطقي.

٦- تتصف انفعالاتهم بأنها غير متسقة وغير مناسبة للموقف.

٧- يعجز الذهاني عن ضبط تفكيره أو الأحداث التي تواجهه:

(Kagan & Haveman , 1991, 367)

أسباب الذهان :

١- استخلصت معطيات تجريبية متعددة تشير إلي ضلوع الاستعداد الوراثي المهيئ للإصابة بالأمراض النفسية.

٢- العوامل العصبية والسمية والأمراض مثل التهاب المخ ، وجروح المخ ، وأورام المخ والجهاز العصبي المركزي ، والزهري والتسمم وأمراض الأوعية الدموية والدماغ ، وقد ينتج المرض العقلي كذلك بسبب نقص شديد في الغذاء (**البريبري ، الأنيميا**) .

٣- الصراعات النفسية والاحباطات والتوترات النفسية الشديدة ، وانهيار وسائل الدفاع .

٤- المشكلات الانفعالية في الطفولة والصدمات النفسية المبكرة.

٥- الاضطرابات الاجتماعية ، وانعدام الأمن ، وأساليب التنشئة الخاطئة في الأسرة مثل الرفض والتسلط والحماية الزائدة (حامد زهران ، **٢٠٠٥ ٥٢٨ -٥٢٩ ، عطا الله فؤاد ، دلال سعد ، ٢٠٠٩ ، ٢٥٦ -٢٥٧**) .

علاج الذهان :

١- يستخدم العلاج الطبي باستخدام العقاقير الطبية المناسبة ، واللجوء إلي استخدام العلاج بالرجفة المحدثة كهربياً ، والعلاج بغيبوبة الأنسولين.

٢- العلاج النفسي الشامل سواء أكان فردياً أو جماعياً بهدف تعديل السلوك الشاذ .

٣- العلاج الاجتماعي حيث إعادة التعليم الاجتماعي ، والتشجيع علي الاندماج الاجتماعي .

٤- العلاج الأسري حيث نساعد الأسرة علي التخلص من التوتر والقلق وتدريب الطفل علي المهارات اللازمة لحياته.

ويمكن تناول بعض تصنيفات الذهان علي النحو التالي :

الذهان مرض عقلي وظيفي يصنف إلي ذهان عضوي يرجع لأسباب عضوية من أهمها التهاب المخ وأورام المخ والجهاز العصبي المركزي وإصابات الرأس والعدوى. ذهان وظيفي يرجع إلي أسباب نفسية من أهمها الاحباطات والتوترات النفسية الشديدة والصدمات النفسية ، والصراعات ، وانعدام الأمن. والتمييز بين الذهان العضوي والذهان النفسي غير واضحة بصورة قاطعة فالأعضاء الإنسانية تعمل ككل ، وينتج السلوك من خلال تفاعل دينامي بين العوامل البيئية والبيولوجية . والشخص غير المستقر من الممكن أن يصبح مشوش ، ولديه هذيان ، أو عاجز عن ضبط سلوكه يتبع إصابة بالمخ ، بينما يبدي الشخص الأفضل توافقاً القليل من التغيرات (Hilgard et al ., 1975 , 469-470) .

الفصام Schizophrenia

أدخل مصطلح الفصام أوجين بلويلر Bleuler Eugene عام ١٩١١ وكان يعني " الشخصية المنقسمة" ولا نستطيع تطبيق هذا المعني حرفياً علي المرضي كما هو معروف اليوم ، إذ أن شخصية الفصامي يجب اعتبارها منعدمة التكامل أكثر منها منقسمة . وأما اصطلاح كريبلين " جنون المراهقة "Dementia Pracox" " الذي شاع استخدامه سابقاً ، فقد استبعد تماماً ، نظراً لأن الخبرة لم تؤيد فكرة أن هذا الاضطراب يبدأ في المراهقة (كوفيل وآخرون ،١٩٨٦، ٢٣٦) .

وتعرف جمعية علم النفس الأمريكية الفصام علي أنه: " مجموعة من الاستجابات الذهانية تتميز باضطراب أساسي في العلاقات الواقعية ، وتكوين المفهوم ، واضطرابات وجدانية وسلوكية وعقلية بدرجات متفاوتة ، كما تتميز بميل قوي للبعد عن الواقع ، وعدم التناغم الانفعالي ، والاضطرابات في مجري التفكير والسلوك الارتدادي ، وبميل إلي التدهور في بعض الحالات(جمعة سيد ، ١٩٩٠ ١٩١-١٩٢).

ويعتبر مجال الاضطرابات العقلية من أهم المجالات التي تعرض الباحثون فيها لدراسة دور الوراثة والبيئة . وكان حظ الفصام (الشيزوفرينيا) من هذا الاهتمام أكثر من غيرها من الاضطرابات العقلية (عبد السلام عبد الغفار،٢٠٠٧ ١٤٦).

تصنيفات الفصام

تصنف هيئة الصحة العالمية الفصام علي هذا النحو :

١- الفصام البسيط Simple .
٢- الفصام الهيبفريني (البلوغ – المراهقة) Hebephrenic.
٣- الفصام الكتاتوني (الجامودي – التخشبي) Catatonic .
٤- الفصام البارانوي (الضلالي) Paranoid .
٥- الفصام غير المميز Acute Undifferentiated .
٦- اكتئاب ما بعد الفصام Post – Schizophrenic Depression .
٧- الفصام المتبقي Residual .
٨- الفصام الوجداني Schizo-Affective(أحمد عكاشة ، ٢٠٠٣ ، ٣٤١-٣٤٢).

ونتناول فيما يلي تصنيفات الفصام على النحو التالي :

الفصام البسيط

يوجد صعوبة في تشخيص هذا النوع بسبب غياب الدلائل الشاذة المعقدة،ويتميز بالتالي :

١- يحدث في المرحلة العمرية من ١٥- ٢٥ سنة مع بداية خادعة ، وحدوث تدهور تدريجي للشخصية.

٢- فقد الاستجابة العاطفية ، وقصور الانفعالات ، واللامبالاة ، وعدم الاكتراث بأسرته.

٣- غياب الإرادة والدافع.

٤- احتمالية وجود اضطراب خفيف في التعبير عن التفكير كصعوبة التركيز وغياب الإرادة والدافع.

٥- لا توجد أعراض تخشبية أو هلوسات أو ضلالات ، فهي قليلة في هذا النوع من المرض إلا عندما يتقدم المرض ويبلغ حد الإزمان شيئاً ما.

٦- يؤدي في النهاية إلي تدهور في الشخصية وفي العلاقات الاجتماعية مع استجابة محدودة أو فقيرة للعلاج (Okasha , 1977 , 213).

٧- فقد الاهتمام ، والسلوك الشاذ يكون أقل من الأنماط (Hilgard et al ., 1975, 472)

وترتفع نسبة الفصام البسيط بين الطلبة الذين يرسبون لسنوات متعددة في دراساتهم وبين المساجين والعاملين في الوظائف الدنيا ، وكذلك ينتشر بين الساقطات(عادل صادق ، ٢٠٠٣ ، ١٤٦).

٢- الفصام الهيبفريني (البلوغ - المراهقة) Hebephrenic

يتسم المصاب بفصام المراهقة بالسلوك الأحمق وعدم تناسق الأفكار والأحاديث والأفعال الطفولية ، وهذا النمط من الفصام يبعث من جديد مصطلح كريبلين جنون المراهقة ؛ لأن المصاب بفصام المراهقة عادة ما يحدث لديه الانهيار في الأعمار المبكرة أكثر من الأنماط الأخرى ، وعدم التكامل في هذا النوع من الفصام أشد منه في النوع البسيط أو التخشبي والنوع الهذائي ، وعادة ما نجد تاريخاً من السلوك الشاذ الذي يتضمن الشك المفرط والانشغال بالموضوعات الدينية والفلسفية(كوفيل وآخرون ، ١٩٨٦، ٢٤٩) .

كما يصاب بنوبات فجائية من الضحك والصراخ ، وتكشيرة سخيفة أو تعبيرات وجه مخيفه ، والهلوسات الشاذة ، وغالباً يحدثون أنفسهم ، وفي المراحل المتقدمة من الممكن

أن يحدث لهم ارتداد إلي مراحل طفلية مبكرة مثل تلوث المكان ، أو أن يتبول علي نفسه ، أو يضرب رأسه (Hilgard et al ., 1975, 476).

كما يتميز المريض بعدم ترابط الكلام أو تناسقه ورعونة الاتجاه ، وتكثر الهذاءات غير المنتظمة وبخاصة هذاء الشعور بالمرض ، فقد يعتقد المريض أن ظهره انقسم نصفين ، أو أحداً يسحب دمه ، أو أنه فقد مخه أو أحد ذراعيه ، إلي غير ذلك(انتصار يونس ، ١٩٨٥ ، ٤٠٥).

٣- الفصام الكتاتوني (الجامودي - التخشبي)

من حسن الحظ أن هذا النوع من الفصام قد أصبح أقل شيوعاً بكثير عن ذي قبل وهو يبدأ بفترة هياج وقد لا تحدث في حالات كثيرة تتميز بسلوك هائج غير واضح الهدف ثم تخمد ثائرة المريض تدريجياً حتى يصل آجلاً أو عاجلاً إلي حالة من السلبية التامة أو الانسحاب ، والجمود الحركي شبه التام وفي الحالات النموذجية يصبح المريض مثل التمثال إذ يتخذ أوضاعاً كالتماثيل ويظل محتفظاً بها لساعات أو أيام (سيلفانو أريتي ، ١٩٩١ ، ٦٣) .

وغرابة الحركة الاختيارية كما تدل عليه أوضاع(افتراض تطوعي لأوضاع غريبة أو غير مناسبة) الترديد المرضي لما يقوله الآخرون (حسن مصطفي، ٢٠٠٣- أ ٥٢٠).

وأثناء فترات الذهول أو الغيبوبة التخشبية من الممكن أن يتطلب مساعدة المريض من حيث تزويده بالطعام ورعاية الذات ، ومن الممكن ألا يستجيب المريض حتى للتهديدات التي تسبب الأذى البدني (Kendall & Hammen , 1995 , 299)وقد يلاحظ علي المريض بهذا النوع من الفصام اصفرار الوجه وسيلان اللعاب وزيادة العرق مما يزيد من رطوبة الجلد والوجه ، وانبعاث رائحة مميزة وزرقة في أطراف الجسم ، وانخفاض معدل سرعة التنفس ونبضات القلب ، وكذلك انخفاض الدم ، وقد يصاحب ذلك ارتفاع بسيط في درجة حرارة الجسم (طارق بن علي ، ٢٠٠٧ ، ٩٤) .

٤- الفصام البارانويدى (الضلالي)

هو معتقدات اضطهادية إذ يتصور المريض أن شخصاً أو أشخاصاً أو جماعة سرية تضطهده ، وقد تكون الهذاءات جنسية كأن يعتقد أن نجمة سينمائية عظيمة واقعة في غرامه ، وقد تكون هذاءات عظمة كأن يعتقد أنه نبي أو زعيم ولذلك فهو مضطهد ومراقب(عبد الرءوف ثابت ، ١٩٩٣ ، ١٥٤) .

وهو عادة يبدأ بعد سن الخامسة والعشرين أو الثلاثين حيث تكون هذاءات الاضطهاد هي العرض الوحيد غالباً (عادل صادق ، ٢٠٠٣ ، ١٤٦-١٤٧) ويبني عادة علي شخصية شكاكة اعتدائية قائمة قبل المرض ، والمريض عادة يحتفظ بسمات التوازن الخارجية لشخصيته ، مع احتفاظه بأوهام عقلية تتركز عادة علي موضوع معين ، وقد يتغير مع مرور الزمن ، علي أن بعض هذه الأوهام تظل ثابتة وهي غير قابلة للإقناع الجدلي مهما طال مداه (علي كمال ، ١٩٨٨-ب ،٥٨٨).

ومرضي الفصام البارانويدى عادة أكثر ذكاء من مرضي الأنواع الأخرى ومنذ بداية المرض ، والشعور السائد لدي مريض الفصام البارانويدي يحال للخارج فوراً ، ويعود المريض فيدركه في صورة تقييم سلبي له من الآخرين ، ويحدث ذلك عن طريق ميكانزم الإسقاط (سيلفانو أريتي ، ١٩٩١ ، ٥٩) .

وفي الفصام البارانويدى فليس من الضروري أن يصحب مشاعر العظمة إحساس بالزهو ، فأحياناً يظهر الزهو وأحياناً قد لا يظهر ، هذا بالإضافة إلي أن معاناة مريض الفصام البارانويدي من فقر في أفكاره يسير جنباً إلي جنب مع أوهام العظمة بحيث يجد صعوبة في تكوين أفكار ذات معني بالرغم من تزايد اعتقاده بأنه شخص ذا أهمية كبيرة (عز الدين جميل ، ٢٠٠٣ ، ٩٤-٩٥).

وقبل الإصابة يفصح المريض البارنويدي عن عداء وسلوك غامض ، واتجاه احتكاكي ، وبرود انفعالي . وتظهر تلميحات الإشارة والتوهم سابقاً علي ارتقاء الذهان الذي يتميز بالضلالات(جمعة سيد ، ١٩٩٠ ، ١٩٣) .

٥- الفصام غير المميز

وهو الفصام الذي يتميز بالأعراض التالية :

أ- وجود ضلالات أو هلاوس واضحة أو عدم تناسق الأفكار أو السلوك الواضح الاضطراب.

ب- لا تتفق أعراضه مع أعراض الفصام البارانويدي أو الكتاتوني أو البسيط أو الهيبفريني (عبد الكريم الحجاوي ، ٢٠٠٤ ، ٢٠٨).

ويظهر مريض الفصام اضطرابات مطمئنة تشمل التفكير والسلوك ولكن الأعراض لا تكون كافية لكي تسمح بتصنيف أكثر دقة له ، ويحدث غالباً أن النوبة الأولي للفصام تكون غير محددة ، ومع تطور الاستجابة تميل لأن تقبل التصنيف أحد الأنواع التي سبق وصفها(جمعة سيد ، ١٩٩٠ ، ١٩٥).

٦- اكتئاب ما بعد الفصام

نوبة اكتئابية قد تطول مدتها في مرحلة تعقب مرض فصامي ، ويجب أن تكون هناك بعض الأعراض الفصامية سواء الايجابية أو السلبية ، ولكنها لا تهيمن علي الصورة الإكلينيكية ، وفي حالة ما إذا كان المريض لا يحمل أعراضاً فصامية ، وعندئذ يجب استخدام تشخيص نوبة اكتئابية . أما إذا كانت الأعراض الفصامية واضحة فإن التشخيص عندئذ يكون تبعاً لنوع الفصام الملائم ، ونادراً ما تكون الأعراض علي درجة من الشدة أو الشمول بحيث تستوفي شروط تشخيص نوبة اكتئابية حادة (أحمد عكاشة ، ٢٠٠٣ ، ٣٤٨-٣٤٩) .

٧- الفصام المتبقي

يصف الفصام المتبقي حالة الأفراد الذين عانوا من نوبة فصامية واحدة محددة علي الأقل ، لكن في الوقت الحالي يكونون خالين من الأعراض الذهانية ويبدون هؤلاء الأفراد بطء نفسحركي ، وقلة النشاط ، وتبلد في الوجدان ، والسلبية والعزلة الاجتماعية ، والتفكير الشاذ ، وجمود المشاعر (Kendall & Hammen , 1995 , 302).

وتشابه أعراض هذا النوع إلي حد ما أعراض الفصام الكامنة التي تسبق الأعراض الحادة ، إلا أنها تختلف في أنها تعقب الأعراض الحادة (طارق بن علي ٢٠٠٧ ، ٣٠).

٨- الفصام الوجداني

في هذا النوع من الفصام ، نجد إلي جانب الأعراض الفصامية ، تغيرات واضحة في الحالة الوجدانية أو المزاجية .هذا يشير إلي وجود خليط من الفصام مع أعراض اكتئابية أو هوس . هذا المصطلح من المحتمل أن يتضمن الاكتئاب البارانويدي أو الاكتئاب مع أعراض فصامية غير واضحة أو أعراض فصامية تامة أو الفصام مع ملامح اكتئاب-هوس(Okasha, 1977, 221) والفصام الوجداني يشفي بسرعة أكبر من الأنواع الأخرى ، لكن نوباته تميل للظهور ثانية (سيلفانو أريتي ، ١٩٩١ ، ٦٧).

معدلات انتشار الفصام

يتعرض حوالي ١٪ من السكان لمرض الفصام خلال حياتهم ، وعلي الرغم من أن هذه النسبة تبدو محدودة مقارنة بنسبة انتشار الاضطرابات المزاجية مثل اضطراب الاكتئاب الأساسي مثلاً ، إلا أن للفصام أثار سلبية حادة جداً علي السلوك حيث تضعف لدي المصابون به الكفاءة أو الأداء الوظيفي (محمد السيد ، ٢٠٠٠ - أ ، ٤١٣) ويكون الفصاميون ٨٠٪ تقريباً من الذهان (عبد الستار إبراهيم ١٩٩٤، ٢١).

ويحدث الفصام أكثر ما يحدث في سن المراهقة أو بعده بقليل (**حوالي العشرين**) ويصيب الذكور والإناث بنسبة متساوية ، ونسبة حدوثه في مجتمع من ٥ إلي ٨ في الألف ، بينما تقدر نسبة انتشاره في المجتمع بسبب الإزمان بـ ٣ في المائة(**عبد الرءوف ثابت ، ١٩٩٣ ، ١٥٣**).

أعراض الفصام

١- من أهم أعراض الفصام وجود الهلاوس السمعية والشمية والتذوقية والبصرية واللمسية. والهلاوس السمعية والبصرية تكون الأكثر شيوعاً فتوجد الهلاوس السمعية في ٧٠٪ من مرضي الفصام ، والهلاوس البصرية في ٢٠٪ منهم أما البقية (١٠٪) فلديهم ولاوس من أنواع متباينة(**محمد السيد ، ٢٠٠٠ – أ ٤٠٥**) وفي الهلاوس السمعية يسمع المريض أصوات تخبره ماذا يفعل وهي أصواتاً تناديه من ثنايا جسمه ومن داخله ، وتفسير النوعية المضبوطة أو الدقيقة من هذه الأصوات غالباً تكون صعبة.

وفي الهلاوس البصرية يري المريض أشخاص أو أشياء ويستجيب لها علي الرغم من عدم وجودها بالنسبة للشخص العادي ، وفي الهلاوس الشمية يشم المريض عادة روائح كريهة تنبعث من حوله (Kendall & Hammen , 1995 , 297) أما هلوسات التذوق تكون غير شائعة ولكن تكون في أوقات مرتبطة بالهلوسات الشمية (Okasha , 1977, 58) ويدرك الأشياء الموجودة في الواقع ليست كما هي موجودة بالفعل بل يدركها في صورة محرفة بحيث يتفق هذا التحريف مع حالته النفسية(**فرج طه ، ١٩٧٩**).

٢- سهولة تحول انتباه الفرد من موضوع لأخر بالرغم من محاولة تركيز انتباهه علي الموضوع الأول ، تبلد الانتباه بحيث يصعب أن يستثار انتباه الفرد نحو موضوع معين الدخول في حالة غيبوبة حيث يفقد الشخص وعيه بما يحيط به ، ويكاد يستحيل علي المنبهات الخارجية جذب انتباهه إليها واستجابته لها ، أو استثارته لها (**فرج طه ، ١٩٧٩**) .

٣- اضطرابات التفكير حيث يكون مجري التفكير مشوهاً (**سامر جميل ٢٠٠٧،٤٢٨-٤٢٩**) واضطراب في التعبير عن التفكير ، وفي مجري التفكير وفي التحكم في التفكير.

٤- الاستبصار متدني .

٥- الحديث غير منظم وغير مترابط (غالباً التدفق التلقائي للمحادثة لا يكون مفهوم).

٦- الهذاءات أو الضلالات Delusions(**متكررة وغالباً تكون شاذة والفصاميون من الممكن أن يعتقدوا فقد أيديهم ورؤسهم**) .

٧- يكون من الصعب أو من المستحيل علي المعالج النفسي أو الآخرين بناء أي نوعاً من التجاوب .

٨- غياب العواطف أو التسطح العاطفي (فالوجه غير معبر وبلا أي انفعال وعدم وجود انفعال أو يوجد القليل من الانفعال في المواقف علي عكس الشخص العادي الذي يظهر الانزعاج أو السرور(Kagan & Haveman ,1991, 369) .

٩- البعد عن الواقع والاستغراق في الذات ، واللازمات الحركية ، وخاصة حركات الوجه واليدين والرجلين ، والأوضاع الجسمية الغريبة الشاذة كأن يتخذ جسمه وضع الجنين أو وضع الصليب أو وضع الميت (**محمد عودة ، كمال مرسي، ١٩٩٤ ، ٢٢٤**).

١٠- الانسحاب من تبادل التفاعلات النشطة مع البيئة الواقعية حيث يفقد الفصامي الاهتمام بالأشخاص والأحداث من حوله ، وفي الحالات المتطرفة فإن الفصاميين يبقون صامتين ، وغير متحركين لعدة أيام.

١١- السلوك الشاذ : سلوك الفصامي من الممكن أن يشتمل علي الإيماءات الشاذة ، والحركات ، والأفعال المتكررة النمطية(Hilgard et al ., 1975, 472) .

١٢- يسيطر علي الكثير من المرضي شعور باليأس ، وشعور بأن المجتمع ظالم وأنهم ضحية هذا الظلم (**مصطفي فهمي ، ١٩٩٥ ، ١٤٧**).

تشخيص الفصام

في تشخيص الفصام يجب مراعاة ما يلي :

١- من أهم الأمراض التي يجب تفرقتها عن الفصام أورام الفص الجبهي والصدغي في المخ وتصلب شرايين المخ ، زهري الجهاز العصبي ويبدأ بعد حوالي ١٠-١٥ سنة من الإصابة بمرض الزهري التناسلي ، الحمى المخية ، الصرع مرض نقص المناعة (**الايدز**) ، الذهان العضوي ، العقاقير الكيميائية(**أحمد عكاشة، ٢٠٠٣ ، ٣٦٩-٣٧١**).

٢- قد يصعب التمييز بين اضطراب المزاج والفصام ، ولكنه مهم جداً لأن اضطراب المزاج قابل للعلاج ، وتعود صعوبة التمييز إلي أن أعراض اضطراب المزاج (**وخاصة الاكتئاب**) تكون شائعة خلال كل مراحل الفصام ولكنها قصيرة المدة بالأعراض الأساسية للفصام ، فمن الأفضل تأجيل التشخيص أو افتراض وجود اضطراب مزاجي ، وكذلك فإن مريض الفصام يفشل في العودة إلي نفس الأداء الوظيفي

والاجتماعي له بعد كل انتكاسه بخلاف اضطراب المزاج (**عبد الكريم الحجاوي** ، ٢٠٠٤ ، ٢١٠).

٣- كما أن هناك صعوبة في تشخيص المرض في أدواره الأولي خاصة إذا كانت بوادر المرض بطيئة الظهور، وكانت مفردة أو قليلة الأعراض ، وجاءت كأنها استمرار لشخصية فرد عرف طوال حياته بدرجة أو أخري من درجات النشاز عن ما هو طبيعي من سمات الشخصية(**علي كمال** ، ١٩٨٨ - ب ، ٥٩٠).

٤- الذهان غير النموذجي Atypical Psychosis ويختلف عن الفصام بأن الأعراض الذهانية فيه ليست كافية لتشخيص الفصام . الخرف (العته) والذي قد يصاحبه بعض الهلاوس والضلالات مثلما يحدث في الفصام لكن يختلف الخرف عن الفصام بحدوث الاضطراب في ذاكرة المريض (**طارق بن علي** ، ٢٠٠٧ ، ١٣٢-١٣٣).

٥- الحذر عند تشخيص الفصام لدي بعض المعوقين فعلي سبيل المثال المتخلفين عقلياً الذين لديهم حصيلة لفظية مناسبة ، يمكن تحديد الهلوسات والضلالات لديهم من خلال المقابلة الدقيقة ، فالمتخلفون عقلياً خفيفي الدرجة يمكنهم الإجابة علي الأسئلة من قبيل " **إذا كان يسمع صوت**" أو إذا كان يتحدث إلي نفسه ، مع وضع في الاعتبار أنه ربما يسمع صوت الوالد الذي مات ، وكان ينصحه أو يعظه أن يتعلم مبكراً حتى يكتسب الخبرة ، وعلي هذا فإنه من الضروري استيفاء هذه المعلومات بحذر من خلال تفحص التاريخ الطويل للمتخلف عقلياً ، ويكون من الصعوبة تشخيص الفصام لدي المتخلفين عقلياً ذوي درجات الذكاء المنخفضة(**الشديدة والعميقة**)(Szymanski & Wilska, 1997 , 628-629) .

أسباب الفصام

١- العوامل الوراثية

يعتقد البعض أن الوراثة تلعب دوراً هاماً في حدوث الإصابة ، فقد وُجد في بعض الدراسات الإحصائية أن المرض تعدد في ٦٠٪ من عائلاتهم ، أو علي الأقل أنهم تعرضوا لأمراض عقلية أخري (**مصطفي فهمي** ، ١٩٩٥ ، ١٤١).

ومن أفضل الطرق للحسم في تأثير الوراثة دراسة التوائم الأخوية (**غير المتطابقة**) والتوائم المتطابقة . فالتوائم المطابقة هي التي تحدث بسبب انقسام بويضة واحدة ، لهذا فالخصائص الوراثية تتساوي ، بحيث أن الاختلاف الذي يحدث في سلوك توأمين يمكن أن يكونا راجعاً لعوامل التعلم الاجتماعي . أما التوائم الأخوية فهي تنشأ نتيجة لتخصيب

مستقل لبويضتين ، وعلي هذا فالتشابه بينهما لا يزيد عن التشابه بين الأخوة في الرضاعة (عبد الستار إبراهيم ١٩٩٤ ، ٤٢).

وتشير نتائج دراسة كولمان Kallman التالية إلي معدلات انتشار الفصام وفقاً للوراثة. وفيها يتضح أنه كلما ازدادت علاقة القرابة ازداد وقوع الفصام في أقرباء المرضي الفصاميين.

جدول (٣)
يوضح معدلات انتشار الفصام تبعاً للوراثة

القرابة	النسبة المئوية للإصابة بالفصام
علاقة زواج	٢.١
إخوة بالتبني	١.٨
إخوة غير أشقاء	٧.٠
أباء	٢.٩
أشقاء	١٤.٣
توائم غير متطابقة(من بويضتين)	١٤.٧
توائم متطابقة (من بويضة واحدة)	٨٥.٨

(في : كوفيل واخرون ، ١٩٨٦، ٢٣٧).

٢- العوامل البيوكيميائية

يذهب هذا المبدأ من خلال فرط حساسية مستقبلات الدوبامين في وصلات معينة من الدماغ ، في المنظومة اللمبية الوسطي تحديداً Mesolimbic والدوبامين عبارة عن مادة من النواقل العصبية تساعد علي نقل الإشارات العصبية بين عصبون وآخر (بين خلية عصبية وآخري) (سامر جميل ، ٢٠٠٧ ، ٤٢٧).

زيادة نشاط النوأدرينالين حيث يسبب حساسية تجاه المثيرات الداخلية إلي المخ مما يجعلها تبدو كأعراض ذهانية ، حيث لوحظ أن بعض مرضي الذهان الحاد قد يتحسنون بتعاطي البروبرانولول Propranolol الذي يعمل علي غلق مستقبلات البيتا الأدرينالية ، كما لوحظ زيادة النوأدرينالين في منطقة الدماغ الأوسط ، وزيادة مادة (٣- ميثوكسي ٤- هيدروكسي فينيل غليكول) التي تبقي كمخلف أساسي من نواتج تمثيل النورأدرينالين خاصة في مرضي الفصام البارانويدي ، وقد استخلص من ذلك أن للنورأدرينالين دوراً ضمن مسببات الفصام.

وهناك باحثون آخرون يعتقدون أن مرضي الفصام يحدث نتيجة لنقص مادة في المخ تسمي سيروتينين ، وقد خلص سيمور كيتي Kety الذي ربما قام بأكثر الدراسات تفصيلاً حول الأسس الكيمائية الحيوية لمرض الفصام في الولايات المتحدة الأمريكية ، إلي أنه لا يوجد الآن دليل مؤكد علي أن ثمة خللاً كيميائياً حيوياً محدداً يحدث في الفصام (سيلفانو أريتي ، ١٩٨٨ ، ٩٦) .

كما لاحظ بعض الباحثين Smith et al ., 1960 وجود مادة ذات رائحة مميزة هي حامض الهكسونيك تفرز مع العرق لدي مرضي الفصام المزمنين وهناك رؤية أخري تفترض أن الفصام يحدث نتيجة اضطراب في أيض Motabolism الأحماض الدهنية التي تتألف منها أغشية المخ ، خصوصاً الحامض الدهني الجلوتاميتGlutamate الذي يعمل كناقل عصبي في الدماغ(في : طارق بن علي ٢٠٠٧ ، ٤١).

٣- العوامل الغدية والهرمونات

تقدم كثير من العلماء بأبحاث متعددة للنظر في احتمال وجود ترابط بين الغدد الصماء أو الهرمونات ومرض الفصام ، فقد وجد جسنج أن مرضي الفصام الكتاتوني الدوري يحتفظون بكميات كبيرة من مادة النيتروجين في الجسم وأنهم يتحسنون عند طردهم لهذه المادة ، وجد رايز أن ٣٠٪ من مرضي الفصام يعانون من اضطراب نوعي في نشاط الغدة الدرقية (أحمد عكاشة ، ٢٠٠٣ ، ٣٠٨).

٤- النظريات النفسية

يري فرويد أن سبب المرض العقلي هو عصاب كامن بصورة عميقة في النفس الإنسانية والعصاب غير مقبول بصورة طبيعية بالنسبة لعملياتنا الشعورية من حيث التفكير والمنطق ، فغالباً ما يثور كل عصاب ويتدفق علي شكل سلوك منحرف يتنافي مع المنطق (فورجيوني وآخرون ، ٢٠٠٥ ، ٤٧) .

ويحدث الفصام في نظر سوليفان بسبب وجود انفعالات غير متوقعة في مراحل الحياة المبكرة للفرد وجزئياً في مرحلة المراهقة ، وتتضمن مطالب الفصامي من أجل الإحساس بالأمان النكوص إلي طور الطفولة في حالة النمط الجانبي أو الارادفي ، والكلام أو الحديث الذي ليس له معني إلا للمريض فحسب ولكنه يبدو غير مفهوم وشاذ بالنسبة للآخرين. ويري أن الفصام يمثل عودة إلي صورة سابقة لوظيفة عقلية في محاولة لدفع القلق الزائد واستعادة الإحساس المحطم بتقدير الذات ، وليس ارتداداً أو انسحاب الليبدو

من العالم الخارجي كما يدعي فرويد ، وليس كنتيجة لبعض ظواهر التحول الشخصي فيما يشبه اللاشعور الجمعي عند يونج (**محمد السيد** ، ١٩٩٨ ، ٢٦١-٢٦٢) .

ويري يونج أن الفصام ينتج عن عقد مدفونة في اللاوعي ، وأن هذه العقد هامة في إحداث الأعراض المرضية ، أما ماير فيري أن المرض نتيجة استمرار الفرد في العجز عن تكييف نفسه مما يؤدي إلي قيام ردود فعل بايولوجية مريضة (**في : علي كمال** ، ١٩٨٨-ب ، ٥٨٠-٥٨١) .

وتري المدرسة الوجودية أن الفصام هو حالة من ارتخاء الوعي مما يؤدي إلي انخفاض حس الواقع عند الفرد(**طارق بن علي** ، ٢٠٠٧ ، ٥٨).

ويذهب البعض إلي تفسير الفصام علي أساس التكامل بين العوامل الجينية والبيئية بتفحص الشذونات العصبية التطورية ، حيث يرون أن الفصام يحدث بنتيجة اضطرابات في تطور الدماغ تنشأ منذ الحمل وحتى نهاية الطفولة عندما يكون الدماغ في فترة نمو الوظائف ، وتقدمها نحو النضج وعلي هذا فالاستعداد المسبق الجيني المنشأ للإصابة بالمرض يتضخم بالضغوط البيئية كتناول الأم للعقاقير في أثناء الحمل والاضطرابات في أثناء الولادة وسوء التغذية في الطفولة:

(**راضي الوقفي** ، ٢٠٠٣ ، ٦٤٠-٦٤١) .

٥- العوامل البيئية في الفصام

يشير كل من كوهن وكلوزن Cohn & Klausen , 1956 **إلي أن** الدراسات التي أجريت علي والدي الفصاميين وعينة أخري ضابطة خلصت إلي أن الفصاميين يميلون إلي رؤية أمهاتهم علي أنهن يمثلون مصدر سلطة ، وآبائهم علي أنهم يتصفون بالضعف والاستكانة. وأبانت نتائج دراسة وَرنج وريكس Waring &Ricks , 1965 عن أن الفصاميين المزمنين **ينحدرون من أسر تتصف بما يلي** :

(أ) أحد الوالدين أو كلاهما يكونون ذهانيون أو علي حافة الذهان.

(ب) الوالدين يعيشون معاً في إطار علاقة يمكن وصفها بأنها" طلاق عاطفي" وتكون العلاقة بينهما منحرفة بشكل جلي.

(ج) الأسر المتمتعة بالصحة الانفعالية لا تنتج أطفالاً يصبحون فصاميون في مرحلة الرشد (in: Okasha , 1977 , 186-187).

الاضطراب والتفكك الأسري الذي يؤدي إلي الشعور بأن الأسرة قد أصبحت بيئة طاردة وليست جاذبة ، الأمر الذي يدفع من يقع تحت طائلة هذا التفكك الأسري إلي أن

يلوذ بنفسه ويغترب عن واقعه ، والفشل في العلاقات الغرامية أو الصدمة العاطفية ، والضغوط الاقتصادية والضائقة المالية حيث يشعر من يقع تحت طائلة هذه الظروف أنه لا يستطيع أن يفي بمتطلباته ، فتستبد به تلك الظروف ، وتمنعه من التعامل السوي مع مشكلاته (**سيد صبحي ، ٢٠٠٣ ٢٤٩**).

والفصام يظهر غالباً لدى الأشخاص ، الذين يتعرضون في طفولتهم للكف العزلة عن الأطفال الآخرين . ولم يتمكن العلماء حتى الآن من اكتشاف ما إذا كانت هذه العزلة ترجع إلى فشل الشخص في اكتساب وتعلم المهارات الاجتماعية التي تساعد الشخص على التكيف الفعال ، أم تعكس سمات موروثة من الشخصية .

وهناك دراسات شيقة تبين أن الفصاميين يأتون من أمهات كثيرات الغضب ولكنهن مسرفات في الرعاية في نفس الوقت ، كما توضح هذه الدراسات أن تخلفْ الفصامي في فهم العلاقات الاجتماعية وعجزه عن التواصل بالنا إنما يتسبب عن اضطراب التواصل بينه وبين الأبوين في الفترات المبكرة أي أن الفصامي لم يجد نماذج من الاتصال الاجتماعي الجيد في داخل الأسرة يمكن أن يحاكيها في تفاعله مع المواقف الاجتماعية المختلفة(**عبد الستار إبراهيم ١٩٨٠ ، ٤٦**) .

وقد توصلت بعض الدراسات إلي ثلاثة مفاهيم تتعلق بأمهات الأطفال الفصاميين :

١- الأم العدوانية النابذة لطفلها نتيجة لمعاناتها من شعور حاد بالذنب وعدم الأمن العام فتنعزل انفعالياً عن الآخرين.

٢- الأم المتسلطة التي ليست علي استعداد للانحناء أمام رغبات طفلها حيث تعاني من أنا أعلي جامد ، وتسيطر وتفتقر إلي المرونة.

٣- الأم الخائفة التي تشعر بعدم كفايتها ، والتي تعاني من شعور حاد بالذنب وعدم الأمن الذي تقابله بهروب إلي المجهول مما يؤدي إلي كبت حرية التعبير عن النفس(**حسن مصطفي ، ٢٠٠٣- أ ، ٥١٣**).

كما أفادت بعض الدراسات الإحصائية بأن هنالك زيادة في نسبة المرضي الذين يولدون في الأشهر الأربعة الأولي من العام بالقياس مع نسبة المرضي الذين يولدون في الأشهر الأخرى ، وقد أعطيت نظريات مختلفة عن هذه الملاحظات الإحصائية ومن أهمها أن الطفل الذي يولد في الشتاء هو أكثر عرضة للشدة من الذين يولدون في المواسم الأخرى ، كما أن إمكانية إصابتهم بالالتهابات الفيروسية أعظم ، وتفسر نظرية أخري الزيادة علي أساس من النقص في التغذية للأم وطفلها في هذا الموسم القاسي(**علي كمال ، ١٩٨٨- ب ،٥٨٢**).

علاج الفصام

كان الفصام حتى وقت قريب من الأمراض المستعصية غير القابلة للشفاء والتي مآلها التدهور التام ، إلا أن إسهامات البحوث الكيميائية استطاعت أن تلقي الضوء علي حتمالات لاضطرابات كيميائية في المخ أثناء تكوين بعض الهرمونات العصبية مثل الأدرينالين والنورأدرينالين (**عادل صادق ، ٢٠٠٣، ١٢٤**).

وقد تعددت طرق علاج الفصام ونشير إليها علي النحو الآتي :

(أ) **العلاج العضوي** : يجري هذا النوع من العلاج في مستشفيات الطب النفسي وهي علي النحو التالي :

١- **العلاج بغيبوبة الأنسولين** (Insulin Coma) يستخدم لخلق نوع من رد الفعل العنيف يشبه التقلصات والتشنجات عن طريق حقن المريض بحقنة من الأنسولين ، حيث تؤدي إلي وضع المريض في حالة إغماء ، قد تستمر عدة ساعات ، ويتم إعطاء المريض جرعة من الأنسولين عن طريق حقنها بالعضلة صباحاً ثم تزداد الجرعة حتى يصل المريض إلي مرحلة الغيبوبة(**تحت الإشراف الطبي**) ثم تقطع هذه الغيبوبة بعد نصف ساعة بإعطائه محلول الكلوكوز بواسطة أنبوبة إلي المعدة ، وإذا لم يفق يعطي (**٤٠-٨٠ سم٣**) من محلول الكلوكوز بتركيز (٣٣٪) عن طريق الحقن الوريدي ويعطي عند إفاقته وجبة إفطار خفيفة ، وعن طريق هذا الحقن يؤدي إلي احتراق السكر من جسمه ، فيصاب بالإغماء ويتم الإفاقة من الإغماءة عن طريق حقنة بكمية من الجلوكوز، ويكرر هذا النوع من المعالجة خمس مرات أسبوعياً ، ولهذه الطريقة مضاعفات منها (**استمرار الغيبوبة مما يؤدي إلي الوفاة أو تلف الدماغ أو حدوث تشنجات أثناء الغيبوبة**) (**عبد الرحمن العيسوي ،١٩٩٧، ٣٢ ، عبد الكريم الحجاوي ، ٢٠٠٤ ، ٢١٩-٢٢٠**).

٢- **العلاج بالعقاقير** : يتم علاج مرضي الفصام باللارجاكتيل ، ثم ظهرت مجموعات أخري من العقاقير مثل السيريازيل والفينوتيازين..الخ (**محمد عودة ، كمال مرسي ، ١٩٩٤ ، ٢٢٧**) كما أن عقار الريسبيردون Risperidone من الممكن أن يكون مفيداً في علاج الاضطرابات السلوكية والذهانية (Simeon et al ., 2002).

وفي عام ١٩٥٢ استطاع الكيميائيون السويسريون استخراج مادة من جذور الروالفا سميت رزربين Reserpine وقد وجد أن لهذه المادة تأثيراً مفيداً علي مرضي الفصام وخلال نفس العام **استطاع كاربنتيه** Charpentier في فرنسا تصنيع مركب

الكلوربرومازين Chlorpromazine الذي ثبت أنه أكثر فاعلية من مادة الرزربين (**سيلفانو أريتي، ١٩٨٨، ١٣٢**).

وأهم المركبات الكيميائية المستعملة في علاج مرض الفصام مركب ستيلازين وهو الدواء المفضل في علاج معظم حالات الفصام، وتتوفر مركبات أخري أقل شأناً من هذه المجموعة منها ميلريل وكومبازين وترايلفون (**علي كمال ١٩٨٨-ب، ٦٠٥**).

٣- العلاج بالرجفة المحدثة كهربياً تعطي جلسات الكهرباء لمرضي الفصام في الحالات الآتية:

١- حالات الفصام الحادة وكذلك الحالات البادئة منذ فترة بسيطة.

٢- حالات الفصام الكتاتوني وتُعتبر الكهرباء العلاج الأساسي في مثل هذه الحالات.

٣- إذا صاحب الفصام أعراضاً وجدانية إما اكتئابية أو انبساطية.

٤- حالات الهبوط والانعزال والقلق وفقدان الاهتمام.

٥- فصام الشيخوخة حتى لا يتعرض المريض للأعراض الجانبية المصاحبة للعقاقير (**أحمد عكاشة، ٢٠٠٣، ٣٩٠**) وهي أكثر استخداماً من النوعين السابقين، ويبدو أن الصدمات الكهربائية تحدث تحسناً ظاهراً في مرضي ذهان الاكتئاب الشديد، حيث يتعرض دماغ المريض لصدمة كهربائية لفترة وجيزة جداً تتراوح قوتها من ٧٠- ١٣٠ فولت، ويؤدي هذا التيار إلي حدوث تقلصات أو تشنجات ليست بقوة الصدمات الناجمة عن صدمة المترازول وفيها يفقد المريض فوراً الوعي فلا يتألم، ولكنه يبدو بعد ذلك أكثر قدرة علي الإمساك بالحقيقة، بعد أن يستعيد وعيه(**عبد الرحمن العيسوي ١٩٩٤ ٣٣**).

٤- **العلاج بالنوم**: هي واحدة من أقدم الوسائل العلاجية التي عرفتها البشرية باستخدام الكحول والمورفين ومركبات الكلوفورم، كما تم الإفادة من الآثار الجانبية لبعض عقاقير الفصام مثل اللارجكتيل في إحداث حالة النعاس والخدر اللتين يؤديان إلي النوم (**طارق بن علي، ٢٠٠٧، ٢٠٦**).

(ب) العلاج النفسي:

يتحدد دور التحليل النفسي في المساعدة بواسطة إخراج العصاب من الأعماق المظلمة من العقل الباطن إلي نور الوعي، وأعتقد فرويد أن المريض بذلك يشفي ويسمح الوعي للمريض بالتصدي للعصاب الذي ظهر للعيان بطريقة جديدة علي أساس منطقي، وعلي هذا تزول أي حاجة للوقوع مرة أخري في الأشكال اللامنطقية من السلوك (**فورجيوني وآخرون، ٢٠٠٥، ٤٧**).

وفي العلاج السلوكي استخدمت أساليب التشبع بالمنبه والتي تتضمن الاعتماد علي التكرار المفرط للسلوك المرضي ، أو إغراق الفرد بمنبه ذي طابع تدعيمي حتى يتحول هذا المنبه إلي منبه محايد أو منفر ، واستخدام أساليب التنفير وهو عبارة عن محاولة ربط ظهور نمط سلوكي معين بمنبهات غير سارة أو التحكم في منبه غير سار بحيث يصبح تقديمه نتيجة لأداء السلوك غير المرغوب (**عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٤ ، ٤٥٨-٤٥٩**) .

وقد ابتكر كل من أيلون وأزرين Ayllon & Azrin الاقتصاد الرمزي وهو تستخدم تكنيك الارتباط الشرطي المتعلم ، فقد لوحظ أنه بإعطاء المرضي مكافأة رمزية كلما سلك سلوكاً مرغوباً فيه قبل أداء عمل أو العناية بالمظهر أو الاستحمام أو تنظيف الأسنان (**سيلفانو أريتي ، ١٩٨٨ ، ١٤١**).

ويناسب العلاج الاجتماعي الذي يتم توفيره في مراكز الصحة النفسية والمصحات النفسية للمرضي الذين تظهر عليهم الأعراض السلبية مثل فقدان الطاقة والدافع ، ويعد تنظيم جدول يومي أمراً مهماً بشكل كبير للمرضي الذين يجدون من الصعب عليهم تنظيم يومهم فيظلون في غرفهم طوال اليوم ولا يعتنون بأنفسهم(**تريفور باول ، ٢٠٠٥ ، ٢٦٧**).

وقد ابتكر فولسوم Folsom نوعاً من العلاج الوسطي سماه العلاج الموقفي ويعتمد هذا النوع علي خمسة مواقف أساسية هي :

١- **الصداقة الايجابية** : بهدف مساعدة المريض علي الخروج من عزلته.

٢- **الصداقة السلبية** : حيث يكون لدي المعالج استعداد لإنشاء صداقة مع المريض لكنه ينتظر حتى يبدأ المريض الخطوة الأولي.

٣- **الحزم الودي**: حيث يوجه المعالج المريض للقيام بأنشطة منتجة بطريقة ودودة وحازمة في نفس الوقت.

٤- **واقعية الحياة الفعلية** : أو التعامل بين المعالج والمريض بنفس الطريقة التي تحدث في الحياة اليومية العادية .

٥- **الإعفاء من الالتزامات** وهي تستخدم حين تنتاب المريض حالة هلع من تفكك شخصية فحينئذ لا يـ طلب منه عمل أي شيء(**سيلفانو أريتي ١٩٨٨ ، ١٤٠**).

ويركز العلاج الأسري علي أن التعليم الأسري واللقاءات الأسرية المستمرة مطلوبة لتعظيم مستوي المساندة التي يمكن أن تقدمها الأسرة للمريض . كما أن أماكن التعليم الصحيحة للطفل هامة أيضاً لأن نقص المهارات الاجتماعية ، ونقص الانتباه وصعوبات التحصيل الدراسي غالباً ما تصاحب الفصام في الطفولة ، بالإضافة لذلك فإن

العلاج الأسري يركز علي الإصلاحات الاجتماعية للظروف الأسرية ، وبشكل خاص تخليص الأسرة من التوتر والقلق بالإضافة إلي العطف الزائد علي الطفل ، وتدريب الأسرة علي كيفية تعليم الطفل وتدريبه علي المهارات المطلوبة(**حسن مصطفي ، ٢٠٠٣ - أ ، ٥٢٤**).

البارانويا Paranoia

البارانويا عبارة عن اضطراب عقلي وظيفي يمتاز بمعاناة المريض من الهذاءات أو الضلالات ، وأفكار زائفة كالشعور بالغيرة ، والهذاءات إما تدور حول العظمة أي شعور المريض بالعظمة أو الشعور بالاضطهاد من قبل الغير (**عبد الرحمن العيسوي ، ٢٠٠٤ ،٢٦٠**).

أعراض البارانويا

١- **الاستغراق المثابر أو المستمر والضلالات.**

٢- بعض المرضي يكون لديهم هذاءات العظمة ، أو يعانون من هذاءات الاضطهاد Persecution فهم يعتقدون أن الآخرين يتآمرون لقتلهم (Kagan & Haveman, 1991, 371-372) وتتفاوت أوهام العظمة في شدتها وتختلف كذلك من حيث محتواها مثل القدرات الخاصة حيث يعتقد الفرد بأن له قدرات خاصة وإمكانيات فذة لا يدنيه فيها أحد ، كأن يعتقد أنه مخترع عبقري ، أو مصارع بطل ، وعظمة الهوية حيث يعتقد المريض اعتقاداً قد يكون راسخاً بأنه شخصية هامة فهو مللك أو نبي أو رئيس جمهورية وقد تنصب أوهام العظمة حول المال فيري المريض مثلاً بأنه قد أصبح من أغنياء العالم ، وأصحاب الملايين ، أو يعتقد المريض أن له مهمة خاصة كبري في العالم ، وعادة ما لا تتناسب هذه المهمة مع واقع المريض وبيئته الاجتماعية(**عز الدين جميل ، ٢٠٠٣ ، ٨٩-٩١**).

تشخيص البارانويا

السلوك البارانوي يتخلص أعراضه في الآتي :

(أ) نلمس في سلوكهم الأنانية والعناد والتصميم علي أرائهم.

(ب الكثير من هؤلاء لا يعترفون بنقصهم أو أخطائهم ويلقون التبعة دائماً علي غيرهم ويرجعون فشلهم إلي تدخل غيرهم في شئونهم.

(ج) يعتقدون أنهم ذوو قدرات عقلية فائقة وأنهم من سلالة ممتازة عن باقي الناس كما يتصورون أن الناس جميعاً يحسدونهم .

(د) متقلبون في صداقاتهم ، وهم لا يصلحون للأعمال التي تتطلب طاعة الرؤساء لكثرة ميلهم للمعارضة والاستقلال (**مصطفي فهمي ، ١٩٩٥ ١٥١**).

أسباب البارانويا

١-هناك محاولات بيولوجية لربط ما يحدث في هذا الاضطراب من ضلالات مركبة ، وما يحدث في بعض حالات الأمراض العصبية خاصة التي تشمل الجهاز الطرفي والنوى القاعدية ، ألا أن أثر العوامل البيولوجية والوراثية ضعيف في تسبب الإصابة بهذا الاضطراب.

٢- في ضوء دراسات التحليل النفسي لوحظ أن الأنا يتخذ حيلاً دفاعية هي التكوين العكسي ، والإسقاط ، والإنكار بحيث تشير إلي وجود علاقة سببية بين عوامل دينامية محددة ، وحدوث الأعراض الضلالية البارانويدية (**أديب محمد ، ٢٠٠٦ ، ٤١٣-٤١٤**) وتفسره أيضاً علي أساس وجود رغبات جنسية مثلية مكبوتة لدي الفرد (**مصطفي فهمي ، ١٩٩٥ ، ١٤٩**) .

٣- والسلوك البارنويدى في نظر أدلر يحفظ صورة كاملة مبالغ فيها ، وذلك بلوم فعل شخص آخر أو أخطاء محتملة والانتصار علي أناس آخرين ، أو أية معوقات أخري (**محمد السيد ، ١٩٩٨ ، ١٨٣**).

علاج البارانويا

١- العلاج الطبي بالأدوية والعقاقير المضادة للذهان مثل فينوثيازين Phenothiazine وخاصة تريفلويبرازين Trifluoperazine ويستخدم العلاج بالرجفة المحدثة كهربياً .

٢- العلاج النفسي بهدف تخفيف حدة قلق المريض ، وتحديد قدرته علي الاتصال علي مستوي واقعي في العلاقات الشخصية ، والتخلص من أوهامه.

٣- يجب اتخاذ الاحتياطات اللازمة في حالة السلوك العدواني للمريض(**حامد زهران ٢٠٠٥ ، ٥٤٧-٥٤٨**).

الاضطرابات الذهانية وذوي الاحتياجات الخاصة

الذهان في الأفراد المتخلفين عقلياً يتباين عما وجد لدي الأفراد العاديين في الكم والنوع (Craft , 1979, 145) فالمتخلفين عقلياً من الممكن أن يتطور لديهم الذهان بالرغم من أنهم كمجموعة يبدون الكثير من التعقيدات ، والفشل في مقابلة المطالب التعليمية ، وعندما **يطور المتخلفون عقلياً ردود فعل ذهانية** : الفصام ، ذهان الهوس – الاكتئاب ، فهي إلي حد ما تتباين عما يوجد لدي العاديين فعلي سبيل المثال الضلالات الهذائية تكون أقل تعقيداً وتنظيماً (Coleman ,1964 , 529-531).

وأشارت نتائج دراسة بريستول وهيتون- وُرد ,Bristol & Heaton –Word) (1977 في عينة من المتخلفين عقلياً بلغ قوامها ٤٢ مريض ، إلي أن معدلات انتشار فصام المراهقة ظهر في (٢٢) متخلفاً عقلياً ، والفصام التخشبي ظهر في (٩) متخلفين عقلياً ، والفصام البارنويدي ظهر في (١١) متخلفاً عقلياً (In : Russell , 1985 , 137). وأُجريت دراسة كوربت (Corbett , 1979-A) علي عينة بلغ قوامها ٤٠٢ متخلفاً عقلياً ، بمتوسط عمري ١٥ سنة ، وانتهت نتائجها إلي أن نسبة انتشار الفصام كانت ٣.٠٪. وفي عينة من المتخلفين عقلياً بلغ قوامها (٣٠٢) فرداً تجاوزت أعمارهم العشرين عاماً أشارت نتائج دراسة لَند (Lund , 1985) إلي أن ١.٣٪ يعانون من الفصام . أما دراسة جيلبرج وآخرون (Gillberg et al ., 1986 فقد أُجريت علي عينة بلغ عددها ١٤٦ متخلفاً عقلياً تراوحت أعمارهم ما بين ١٣-١٧ سنة ، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن ١.٢٪ يعانون من الفصام. وأجريت دراسة روجن وآخرون (Rojahn et al ., 1993) علي عينة بلغ قوامها ٨٩.٤١٩ وأسفرت نتائجها عن أن ١.٣٪ يعانون من الفصام .

واضطرابات الانفعال شائعة الحدوث في الأفراد المتخلفين عقلياً مع وجود هلوسات(Craft , 1979, 148) والمتخلفون عقلياً يطورون الفصام (Reiss, 2000) والغالبية العظمي من حالات الفصام تبدأ من ١٥ إلي ٤٠ سنة ، وأكثر الأوقات شدة تحدث ما بين ٢٠ إلي ٤٠ سنة للذكور ، وبين ٣٠ إلي ٤٠ سنة للإناث والفصام شائع بين كل السلالات(Okasha , 1977 , 178). وهناك دلائل علي وجود الهلوسات والضلالات في حالة تمكن الطفل المتخلف عقلياً من التعبير اللفظي ، فعلي سبيل المثال الشخص المتخلف عقلياً خفيف الدرجة عندما يسأل إذا هو "سمع أصوات" الإجابة تكون بالإيجاب ، فالتحدث إلي النفس يشاهد في بعض الأشخاص المتخلفين عقلياً علي نحو مماثل للسلوك في الأطفال صغار السن الذين يتحدثون إلي أصدقاء متخيلين ، ولكن لا يوجد دليل علي أنهم يستجيبون بهلوسات سمعية حقيقة (Tasman et al ., 1997 , 627). ومن الضروري أن نشير إلي أن التشخيص لا يتم لهؤلاء المتخلفين عقلياً الذين يقل مستوي ذكاؤهم عن (٥٠) وتشخيص الفصام لدي المتخلفين عقلياً عميقي الدرجة يمثل أمراً صعب التحقق من وجوده(King et al ., 2000, 2603) .

وبالنسبة للمتخلف عقلياً فإنه نشأ في ظل الحرمان ، ولم يتعلم الحب والشعور بالآخرين ، ويبدو أن الوضع التصلبي أو التخشبي كان أكثر حدوثاً بينهم: (Craft , 1979, 148)

والاضطرابات النفسية المقررة لدي الأفراد التوحديين كانت الهوس (Sverd, 2003) وأشارت نتائج دراسة فولكمر وكوهن (Volkmar & Cohn, 1991) إلي أن معدلات انتشار الفصام في الأفراد التوحديين تكون مماثلة لما وُجد لدي العاديين في المجتمع. وانتهت نتائج دراسة مواشين وآخرون (MoEachin et al ., 1993) إلي أن التوحديين يسجلون درجات مرتفعة علي مقاييس الذهانية. وقد ألمح مواشين وآخرون (MoEachin et al ., 1993) إلي احتمال أن يجمع بعض الأطفال بين كل من الذهان والتوحد .

يختلف التوحد عن الفصام ببدايته بعد ثلاث سنوات من النمو الطبيعي للطفل ، ثم تتدهور القدرة الكلامية ، وتضعف درجة تواصل الطفل مع الآخرين في سن مبكرة مقارنة بمرضي الفصام(**طارق بن علي ، ٢٠٠٧ ، ١٣٢-١٣٣**) فقد أسفرت نتائج دراسة ماتيس وآخرون (Matese et al ., 1994) إلي أن مجموعتي الأطفال الذهانيين وعددهم(١٥) طفلاً ، ومجموعة الأطفال التوحديين وعددهم (١٥) طفلاً يختلفون في اللغة ، والمهارات الاجتماعية ، والتكيف للتغيرات إلا أن الأطفال الذهانيين نسبياً يكونون أقل إعاقة.

والفصاميون قادرون علي استخدام الرموز ، ولكن التوحديين غير قادرين علي ذلك والهلاوس والأوهام وفقدان ترابط الكلام توجد في الفصام ولكنها غير موجودة في التوحد(**يوسف القريوتي وآخرون ، ١٩٩٨ ، ٣٧٢**).

ويعاني كل من الفصاميون والتوحديين من قصور في المعرفة الاجتماعية يمكن أن يرد إلي الاميجدالا Amygdala (**التي توجه الاستجابات العاطفية والانفعالات**) ووجود شذوذ في عمليات المسح البصري لكلا الاضطرابيين(Sasson et al ., 2007) .

وتبلغ معدلات انتشار الاضطرابات الذهانية لدي المعوقين سمعياً ٥.١٪ Alberdi, 1994) وانتهت نتائج دراسة رينر وآخرون (Rainer et al ., 1963) إلي أن المرضي الصم الذين تم تشخيصهم بالفصام كانت نسبتهم ١.١٦٪ من عينة بلغ عددها ٢٣٠ من المرضي الصم الذهانيين. وانتهت نتائج دراسة رينر(Rainer , 1967) إلي أن الصم يعانون من الهذاء البارانويدي .

وأسفرت نتائج دراسة ميندر وآخرون (Mahendru et al ., 1978) **إلي أن** نصف العينة البالغ قوامها ٦٧ من المرضي الصم تم تشخيصهم علي أنهم يعانون من الفصام الهذائي. وانتهت نتائج دراسة بولارد (Pollard , 1994) إلي وجود ارتفاع قليل

في نسبة المرضي الصم بالفصام ، وكانت نسبة الذهان ٧٪ للمرضي الصم في مقابل ٢.٧ للمرضي العاديين في العينة البالغ عددها (٣٤٣).

أما نتائج دراسة ديجل (Daigle , 1994) **فقد وجدت** ارتفاع في معدلات انتشار الفصام في مجموعة المرضي العاديين (١٨٪) في مقابل (٧٪) للمرضي الصم ، وقد استقبل ١٢٪ من المرضي الصم تشخيص للذهان غير محدد في مقابل ١٤٪ للمرضي العاديين. والصم يبدون أعراض الفصام مثل أترابهم العاديين لاسيما الهلوسات السمعية:
(Critchley et al ., 1981; Du- Feu & McKenna, 1999)

وعن تفسير الهلوسات السمعية لدي الصم يشير كاتنج (Cutting , 1985) **إلي أن ٥٠**٪ من الصم الذين يعانون من الفصام يقررون وجود هلوسات بصرية ولمسية ، وبدنية. وقد تكون الهلوسات السمعية لدي الصم هي تعبيرات عن رغبة جامحة متأصلة للإنصات أو الاستماع (**انجاز الأمنية أو الرغبة**) (Critchley et al ., 1981) أو تكون سوء إدراك وفهم للاهتزازات أو سريان الهواء (Remving , 1969) أو أن هؤلاء يبدون نشاط في الارتباطات السمعية في القشرة أكثر من مناطق السمع الأساسية . وقد يقترح أن الفشل في عمليات التلفظ غير الصوتي Sub-Vocal من الممكن أن تحسب للهلوسات الصوتية في كل من الصم والعاديين والفروق بينهما تعزي إلي مكون التغذية الراجعة الحسية التي تتأثر بكل من الحرمان السمعي ، والنمط اللغوي (Atkinson , 2006 , 701)

يبلغ معدل انتشار الفصام لدي ذوي صعوبات التعلم ٣٪ ، وتتميز الصورة الإكلينيكية للفصام في ذوي صعوبات التعلم بضحالة الأفكار وفقرها ، والوساوس تكون بسيطة وذات محتوي متكرر(Gelder et al ., 1998 , 871) .

الفصل السادس :

اضطرابات الشخصية Personality Disorders

مقدمة

لقي موضوع اضطرابات الشخصية اهتماماً متزايداً من قبل العاملين في مجال الصحة النفسية وفي المجال الطبي ، وفي مجال تقديم الخدمات الاجتماعية ووكلات العدالة القضائية.

اضطرابات الشخصية أساليب سلوكية غير تكيفية وغير مرنة لا ترقي في حدتها إلي مستوي الاضطرابات العقلية تبدأ منذ الطفولة أو المراهقة ، وتخلق مشكلات للفرد ولغيره ممن يحتكون به (**راضي الوقفي ، ٢٠٠٣ ، ٦٤٢**) علي سبيل المثال الفرد ذو الشخصية النرجسية يعاني من مشاكل شديدة في علاقاته ، بسبب الميل إلي التقليل من شأن الآخرين ، ومحاولة إبعادهم وصرفهم عن طريقه لحساسيته الزائدة للنقد ، وهم يبدون القليل من الألفة والتعاطف مع الآخرين(Mind et al ., 1996 , 611).

تؤثر اضطرابات الشخصية تأثيراً سلبياً علي الفرد فينخفض تبعاً لذلك انجازه الأكاديمي ، وترتفع درجة القلق لديه ، وتكون قدرته علي الاحتمال منخفضة وتتدني مهاراته الاجتماعية ويزداد لديه الخوف من المستقبل (Leichtman &Shaprio , 1980) واحتمال متدني لتحمل الألم البدني والانفعالي ، وتقدير للذات منخفض(Norton, 1992)

وبعض الأشخاص الأسوياء قد يتصفون ببعض الصفات الشخصية المتطرفة الملاحظة في بعض حالات اضطرابات الشخصية ، ولكن هذا التطرف في صفاتهم يكون عادةً خفيفاً وغير معوق لفعاليات الشخص ولا يجعل الشخص يعاني من الضيق والتوتر ولا تؤدي لاضطراب علاقاته مع الآخرين(**محمد أحمد ٢٠٠٦ ، ١٤٧**).

ويمكن تناول بعض اضطرابات الشخصية علي النحو التالي:

١- اضطراب الشخصية البارانويدية أو الاضطهادية Paranoid Personality Disorder

صاحب هذه الشخصية عنيد متصلب فيما يعتقد أنه حق ، ويهتم بالتفاصيل والدقائق، ويهتم دائماً بالأوامر والتعليمات وينفذها بحذافيرها وعلي الوجه الأكمل ، وفي الحالات المتطرفة قد ينتهي به الأمر إلي التقوقع والبعد عن الناس . وقد يبدأ في تقديم الشكاوى ورفع الدعاوى القضائية ولا يتعب من تتبعها ويظل يستأنف إذا خسر قضية ،

وعادةً ما يتفادى هذا النوع الزواج المبكر بسبب تطلعاتهم التي يتطلبونها من شريكات حياتهم (عبد الرءوف ثابت ١٩٩٣، ٢٦٥).

كما أنه يحجم عن الثقة في الآخرين ، ويلومهم حتى عندما يكون هو نفسه مذنب. وهو غالباً يتسم بالعدائية والغضب ، والغيرة بدرجة متطرفة ، وهذه الشخصية أيضاً تكون مشغولة بالشكوك عن الولاء وإخلاص الآخرين لها. وعندما يدرك أن شخص ما يستغل أو ينتهك ثقته هو ينحدر نحو الإتيان بتصرفات تتسم بالغضب والكراهية ، ويسلكون بطريقة عدوانية إزاءهم (Neale et al ., 1996 , 295) ويكمن الخطر في هذه الشخصية عندما يدفع الشك بالمضطرب إلي المبادرة بالقتل قبل أن يقتله من يتصور أنه يخطط لقتله(مأمون صالح ، ٢٠٠٨ ، ٢١٢).

نسبة انتشار الشخصية البارانويدية ما بين ٠.٥- ٢.٥٪ من المجتمع العام وحوالي ١٠-٣٠٪ من حالات الاضطرابات النفسية المنومة بالمستشفيات وحوالي ٢-١٠٪ من المرضي المترددين علي العيادات النفسية . وقد يظهر الاضطراب في الطفولة أو المراهقة بنقص في العلاقة مع الرفاق ، والقلق الاجتماعي ، ونقص التحصيل في المدرسة مع وجود سلوكيات وأفكار شاذة غريبة (محمد السيد ٢٠٠٠- ب ،٣٦١) واضطرابات الشخصية البارانويدية أكثر شيوعاً لدي الذكور عنها لدي الإناث(Bernstein et al ., 1993) .

٢- اضطراب الشخصية شبه الفصامية Schizoid Personality Disorder

الشخصية شبه الفصامية لا ترغب أو تستمتع بالعلاقات الاجتماعية وغالباً العلاقات الوثيقة مع الآخرين تكون محدودة ، وتفضل القيام بالأنشطة التي تتسم بالعزلة ، ويبدي الفرد شبه الفصامي الكسل ، ولديه مشاعر واهنة إزاء الناس الآخرين . وهؤلاء الأفراد من النادر أن يقررون أو يظهرون انفعالات قوية للجنس أو غير مهتمين به ، ويخبرون أنشطة قليلة تتسم بإشاعة السرور ، كما يبدي بروداً عاطفياً:
(Neale et al ., 1996 , 295)

وهم قليلو الهوايات وإذا وجدت فهي فردية كصيد الأسماك مثلاً وعلي عكس الشخصية الاضطهادية " **فهم لا يأمون لمن ينتقدهم**" ويصاحب ذلك عدم القدرة علي إظهار العداء وغموض الأهداف والانطواء (مأمون صالح ، ٢٠٠٨ ٢١٢).

وتكثر هذه الشخصية بين صغار الموظفين والعمال غير المهرة كعمال التراحيل ذوي المرتبات والأجور البسيطة علي الرغم من كبر سنهم ، وطول خدمتهم وليس صعباً أو قد

يكون من الصعب جداً إذا لم يكن تاريخ المريض معروفاً ، التفرقة بين الشخصية شبه الفصامية والفصام البسيط أو الفصام المتبقي (**عبد الرءوف ثابت ، ١٩٩٣ ، ٢٦٢**).

واضطراب الشخصية شبه الفصامية غير شائع بين المرضي المنومين أو المترددين علي العيادات النفسية . فنادراً ما ينشدون المعالجة . وتظهر ملامح شبيهة بالشخصية الفصامية ولكنها ليست أصيلة في المهاجرين والمغتربين والمنقولين من مجتمع القرية إلي المجتمع المتحضر حيث يبدون باردين ، ويبدأ في الطفولة والمراهقة (**محمد السيد ، ٢٠٠٠-ب ، ٣٦٣**).

ومعدلات انتشار اضطراب الشخصية شبه الفصامية غير واضح ولكن الاضطراب من الممكن أن يؤثر في ٧،٥٪ من السكان. ومعدلات انتشاره بين الجنسين غير واضحة بعض الدراسات تقرر نسبته ٢-١ لكل من الذكور والإناث علي الترتيب:
(Sadock &Sadock , 2008 , 378)

وقد وجد ميلسب وآخرون (Mellsop et al ., 1982) اضطراب الشخصية شبه الفصامي يكون أحد أكثر اضطرابات الشخصية شيوعاً ، مع اضطرابات الشخصية الحدية واضطرابات الشخصية التجنبية وتم تشخيصها في أكثر من نصف المرضي المقيمين الذين يستقبلون تشخيص اضطرابات الشخصية .

٤- اضطراب الشخصية المسمي بالطابع الفصامي:

Schizotypal Personality Disorder

تتميز هذه الشخصية بنمط متعمق من غرابة التفكير والمظهر والسلوك ويتميز المضطربون بقصور علاقاتهم الاجتماعية ، ويضطرب لديهم محتوي التفكير حيث يشمل أفكاراً اضطهادية واعتقادات غريبة لا تتفق مع أفكار مجتمعهم وتؤثر علي سلوكهم كالاعتقاد في الخرافات والتفكير السحري ، وتختل علاقتهم مع الآخرين بسبب نقص التعبير الوجداني ، فمن النادر أن يظهروا تعبيرات في الوجه كالابتسام والانفعال(**عبد الكريم الحجاوي ، ٢٠٠٤ ، ٣٩٣**). وتتسم كذلك بالانزعاج الحاد ، والتشويه المعرفي والإدراكي (Mind et al ., 1996, 612).

تحدث اضطرابات الشخصية المسمي بالطابع الفصامي في حوالي ٣٪ من السكان ومعدل انتشار هذا الاضطراب بين الذكور والإناث غير واضحة:
(Sadock &Sadock , 2008 , 378)

٤- اضطراب الشخصية الوسواسية- القهرية

Obsessive – Compulsive Personality Disorder

ينشد ذوي الشخصية الوسواسية- القهرية الإتقان الذي يصل إلي حد الكمال ، والدقة المفرطة ، ومشاعر الشك والحذر الشديدين ، وإتباع القواعد والنظام . وهم ميالون للسخرية والتهكم ، وتركيزهم علي أداء العمل ليس بالضرورة من أجل زيادة الإنتاجية وتحسينها. وهذه الشخصية تكون جامحة ومتطرفة ، وتفتقر إلي القدرة علي اتخاذ القرارات ، وتعاني صعوبة في تنظيم الوقت ، وتنغمس في التفاصيل ، وإجراءات المشروعات التي لا تكتمل أبداً ، وضحالة العلاقات الاجتماعية وهم عموماً غير مرنين ، لاسيما فيما يتعلق بالقضايا الأخلاقية (Neale et al ., 1996 , 298).

ولا يقدر الأفراد المصابون بهذا الاضطراب علي رمي الأشياء البالية وعديمة القيمة وطرحها جانباً ، حتى إذا لم تكن لها قيمة عاطفية ، ويعارضون القيام بمهام المندوب أو المفوض (**أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢، ٢٦٠**).

وينجح أصحاب هذه الشخصية في الأعمال التنفيذية والإدارية ، فهم مديرون أو إداريون ماليون ممتازون ، وينجحون في القيام بالمشروعات الكبيرة وفي أعمال المكتبات والأرشيف والسكرتارية ، ولكن إذا زادت سمة الوسوسة عن حد معين فإن الإنسان يصبح معرضاً للقلق الشديد(**صالح حسن ، ٢٠٠٥ ٣٣١**).

والدراسات التي اعتمدت علي قياسات منهجية قدرت نسبة انتشار اضطرابات الشخصية الوسواسية بحوالي ١٪ في المجتمع العام ، وحوالي ٣-١٠٪ بين المترددين علي عيادات الصحة النفسية (**محمد السيد ، ٢٠٠٠ - ب ، ٣٨٤**) وهذا الاضطراب أكثر شيوعاً بين الرجال عنه لدي الإناث ويشخص في الأطفال الأكبر سناً بصورة أكبر:
(Sadock &Sadock , 2008 , 387)

يجب أن يفكر الإكلينيكي في تشخيص اضطراب الوسواس القهري بوجه خاص عندما يكون التخزين متطرفاً ، وقد تُعد سمات الشخصية الوسواسية القهرية في صورتها المعتدلة تكيفية ومرغوبة بوجه خاص ، كما أنها سابقة علي اضطراب الوساوس القهرية ، والفرق الحاسم بينهما يكمن في مدي حب الشخص بأن يحوز هذه الأعراض ، وتكون لديه علي عكس الشخص المضطرب باضطراب الوساوس القهرية ، فإن هذه الخصال بغيضة وممقوتة ومثيرة للاشمئزاز (**أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢، ٢٦٥-٢٦٧**).

٥- اضطراب الشخصية الهستيرية Hysterionic Personality Disorder

تتصف صاحبة الشخصية الهستيرية بالتقلب المستمر في الوجدان والعواطف ، وتحب النوم لتكره غداً ، ثم تبحث عن حب جديد وهكذا ، وتتصف أيضاً بالخيلاء وحب

الذات ، وحب الثناء ، والتظاهر ، والظهور ، والتبرج والمسرحية في السلوك لإثارة الانتباه إليها ، وبالعجز عن إقامة علاقات ثابتة مستمرة لأنها هوائية ومتقلبة(**عبد الرءوف ثابت ١٩٩٣ ، ٢٦٣**).

وتتميز كذلك بالبحث عن الانتباه والاهتمام ، كما تتصف هذه الشخصية بالثوران أو الانفجار العاطفي اللاعقلاني ، وشخصية متقلبة الأدوار ، وتعاني من قصور في الضبط الانفعالي أو العاطفي ، وعدم الاتساق في ردود أفعالها ، كما أنها ضحلة في انفعالاتها ، وفي السلوك الجنسي الواضح ، كما أنها شخصية مغازلة ، وتتسم بعدم النضج:
(Okasha , 1977, 118; Mind et al ., 1996, 612)

كما أنهم يظهرون اهتماماً قليلا بالانجاز الذكائي والتفكير التحليلي ولكنهم غالباً ما يكونوا مبدعين ولديهم قدرة علي التخيل ، ويتأثرون بالآخرين كثيراً ويستجيبون مبدئياً لأي شخص صاحب سلطة قوية لاعتقادهم إن بإمكانه تقديم الحلول السحرية لمشاكلهم ، وتكثر شكواهم من ضعف الصحة والأعراض الجسمية مع اضطراب الآنية (**مأمون صالح ، ٢٠٠٨ ، ٢١٦**).

وتهرب الشخصية الهسترية إلي الأعراض الهستيرية حتى تهرب من المسئولية ، أو حين تنهزم ، أو لضعف حيلتها ، أو لضعف منطقها ، أو لخطئها البين الذي تأبي الاعتراف به ، أو لا انكشاف أمرها(**عادل صادق ، ٢٠٠٣ ، ٧٧**).

وتتراوح نسبة انتشار اضطرابات الشخصية الهستيرية بين (٢-٣٪) من المجتمع العام ، في حين يصل المعدل ما بين (١٠-١٥٪) في المرضي المترددين علي العيادات النفسية ويتضح عادة في بداية الرشد ، ويقل مع التقدم في السن (**صالح حسن ، ٢٠٠٥ ، ٣٢١**).

وتكشف معظم الدراسات عن أن الإناث أكثر احتمالاً أن يستوفوا محكات اضطرابات الشخصية الهستيرية بينما الذكور أكثر احتمالاً أن يقابلوا المحكات التشخصية لاضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع (Lilienfeld et al ., 1986; Salekin et al , 1997) حيث توجد هذه الشخصية في النساء بنسبة عشرة إلي رجل واحد ونسبتها بين النساء من ١٠ إلي ٢٠ في المائة (**عبد الرءوف ثابت ، ١٩٩٣ ، ٢٦٣**).

أن الأكثرية العظمي من حالات الشخصية الهستيرية لا تتطلب العلاج وبعض هذه الحالات تتطور مع مرور الزمن إلي توازن أصح في مقومات الشخصية ، غير أن بعضها يتحول تحت ظروف معينة إلي حالات مرضية نفسية وخاصة مرض الهستريا ، فتنقلب رغبة المريض للحصول علي فائدة أو منفعة أو تحقيقاً لرغبة لا يمكن تحقيقها بسهولة أو بطريقة طبيعية إلي أعراض مرضية جسمية أو عقلية ، ويكون في هذا التحول الحل

لمشاكل المريض والاكتفاء بما يجلبه هذا الحل من عطف وحب واهتمام وتقدير من الآخرين(علي كمال ،١٩٨٨-أ ، ٦٥).

٦- اضطراب الشخصية الاكتئابية Depressive Personality Disorder

يميل صاحب هذه الشخصية إلي الانعزال ، ويركن إلي التشاؤم ، لا يجد في حاضر الحياة متعة ، ولا يتشوق في المستقبل أملاً يجذبه إليه ، يشعر بعدم القدرة علي العمل والإبداع ، وإن شعر بذلك لم يجد في نفسه الدافع الكافي للسعي إليه وإدراكه ، وهو إلي جانب ذلك عظيم التحسس بالمسؤولية يتمتع بضمير قوي يحاسب نفسه علي الخطأ ، ويلوم نفسه لأقل الأسباب ، ويحمل نفسه أكثر من حقها من المسؤولية عن ما يجري حوله وفي بعض الأفراد تمتزج هذه الخصائص بسرعة الانفعال والحساسية وقد يصل ذلك إلي حد الهياج ومن البديهي أن صاحب هذه الشخصية أكثر حظاً في تعرضه للإصابة بمرض الاكتئاب كما أن حوادث الانتحار أكثر وقوعاً في هذا النوع من الشخصية (علي كمال ١٩٨٨-أ ، ٨٥).

واضطرابات الشخصية الاكتئابية أكثر شيوعاً ، ومعدلات انتشارها متساو بين الذكور والإناث ، وتحدث في الأسر التي بها اضطرابات اكتئابية:
(Sadock &Sadock , 2008 , 390)

٧- اضطراب الشخصية النرجسية Narcissistic Personality Disorder

الأفراد ذو الشخصية النرجسية لديهم طموحات عن قدراتهم مبالغ فيها ومشغولون بخيالات عن نجاحاتهم المبهرة ، وهم يحتاجون إلي الانتباه والإعجاب وهم في حاجة إلي أن يصبحوا مركزاً للاهتمام مثل الشخصيات التاريخية وعلاقاتهم الاجتماعية تكون مضطربة من خلال نقص التعاطف ، ولديهم مشاعر للحقد والغطرسة و العجرفة(Neale et al ., 1996 , 294-299) وفرط الحيوية والتفاخر ، والثرثرة ، والسلوك المستبد ، والاتجاه نحو الانتقاص من قيمة الآخرين والإفراط في إبداء الأفكار المتطرفة ، والإفراط العاطفي ، والشرود عند محادثة الآخرين ، والحرص علي النظافة ، وعنيد في الرأي ، ولا يقنع بسهولة بوجهة نظر الآخرين ، وعدم التساهل مع الآخرين (سوسن شاكر ، ٢٠٠٨ ، ٩٢).

إن المريض باضطراب الشخصية النرجسية يستغل الآخرين ، ومن المشاعر الدفينة التي قد تختفي تحت الإحساس بالعظمة والتفخيم والحاجة للإعجاب الحساسية الشديدة وسرعة التأثر بالنقد أو اللوم ، وتقدير محدود للذات (صالح حسن ، ٢٠٠٥ ، ٣٣٠).

ويوجد في سيرة صاحب هذه الشخصية منذ طفولته ما يشير إلي الكذب والسرقة ، والاغتصاب ، والانحراف الجنسي ، والإدمان ، ويعتقد أن مشاكله خاصة ومميزة ، وليس لها حل لدي عامة الناس(**محمد أحمد ، ٢٠٠٦ ، ١٥٣**).

وتبلغ معدل انتشار اضطراب الشخصية النرجسية ١٥٪ ، مع أن نتائج غالبية الدراسات تشير إلي أن النسبة تبلغ ٤٪(Widiger & Mullins-Sweatt, 2008) وتبلغ النسبة مدي الحياة ٦٪ (٧.٧٪ للذكور، ٤.٨٪ للإناث)(Strinson et al ., 2008)

وانتهت نتائج دراسة روننجيستام وآخرون(Ronningstam et al ., 1995) إلي أن ٦٠٪ من العينة الكلية قد استمرت في التحسن بعد المتابعة لمدة ثلاث سنوات ، و٤٠٪ من العينة الكلية استمرت في معاناتها الشديدة من الاضطراب .

٨- اضطراب الشخصية التجنبية:

Avoidant Personality Disorders

تتميز هذه الشخصية بالكف الاجتماعي والتجنب ، ومشاعر عدم الكفاية والحساسية الزائدة للتقويم السلبي(Mind et al ., 1996, 612) وعلي الرغم من الخجل التي تبديه هذه الشخصية ، فإنها تبدي رغبة كبيرة للمصاحبة ، ولكنهم يحتاجون إلي ضمانات قوية وغير عادية من القبول غير الناقد (Sadock &Sadock , 2008 , 385).

ويتوترون في المواقف الاجتماعية خوفاً من قول كلام غير مناسب أو عدم القدرة علي الإجابة عن سؤال ، حيث يصابون باحمرار الوجه أو البكاء ، أو ظهور علامات الخوف أمام الآخرين ، ويصاحب اضطرابات الشخصية التجنبية أعراض الاكتئاب والقلق والغضب بسبب فشلهم في العلاقات الاجتماعية (**عبد الكريم الحجاوي ، ٢٠٠٤ ، ٣٩٧**).

والمبالغة في تضخيم الصعوبات أو الأخطار عند قيامه بعمل ليس معتاداً عليه ، وتجنب الوظائف أو الأنشطة الاجتماعية التي تتطلب الاحتكاك مع الآخرين ورفض الترقية التي تتطلب مزيداً من اللقاءات والاجتماعات (**محمد أحمد ، ٢٠٠٦ ١٤٩**).

ولديه صديق مقرب أو اثنان بالكثير وليس مجموعة من الأصدقاء لذا فهو مرتبط بهذا الصديق إذا حضر احتفالاً أو مناسبة نجده يحضر وإذا لم يحضر فلا يحضر هذا المضطرب ، وإن كانت تخص حتى عائلته (**مأمون صالح ، ٢٠٠٨ ٢٠٩**) .

وتتراوح نسبة اضطراب الشخصية التجنبية ما بين ٠.٥-١٪ من المجتمع في حين تبلغ النسبة حوالي ١٠٪ من المترددين علي العيادات في المجتمع ، وهو أكثر شيوعاً بين النساء مقارنة بالرجال (صالح حسن ، ٢٠٠٥ ، ٣٣٧).

٩- اضطراب الشخصية الاعتمادية:

Dependent Personality Disorders

يعجز صاحب الشخصية الاعتمادية عن اتخاذ قراراته اليومية دون النصح والطمأنة الزائدة من الآخرين ، ويسمح للآخرين باتخاذ أغلب قراراته الهامة كما أنه يوافق الآخرين علي آرائهم رغم اعتقاده أنهم مخطئون ، ويجد صعوبة في البدء بمشاريع خاصة أو القيام بأعمال لوحده ، ويتطوع للقيام بأعمال مزعجة أو مزرية بهدف كسب محبة الآخرين ، كما يشعر بعجزه وتتحطم معنوياته ويتأذي بسهولة من انتقاد الآخرين(**سمير بقيون** ، ٢٠٠٧، ١٢١).

ويشعر بعدم الراحة بل والعجز عندما يكون وحيداً ، أو عندما تنتهي علاقاته القريبة والحميمة مع شخص كان يعتمد عليه ، وحساس لنقد الآخرين له ، أو لعدم موافقتهم علي تصرفاته ، لذا فهو يسرع في التعبير عن امتنانه للآخرين ، ولو كان في غير موضعه ، وعن اهتمامه بأبسط الأمور التي تهمهم خوفاً من انتقادهم (**محمد أحمد** ، ٢٠٠٦ ، ١٤٩-١٥٠).

ويعتبر هذا النوع من اضطراب الشخصية الأكثر شيوعاً وانتشاراً علي وجه العموم وهو أكثر شيوعاً لدي النساء مقارنة بالرجال . وهذا الاضطراب مشخص في نسبة ٢.٥٪ من كل اضطرابات الشخصية ، وهو أكثر شيوعاً في الأطفال صغار السن من الأكبر سناً . والأشخاص المصابين بالأمراض البدنية المزمنة من الممكن أن يكونون أكثر تعرضاً لهذا الاضطراب(Sadock &Sadock , 2008 , 386).

١٠- اضطراب الشخصية سلبية العدوان:

Passive –Aggressive Personality Disorders

يتصف صاحب هذه الشخصية بقيامه بتصرفات عدوانية بطريقة سلبية فهو لا يتشاجر ولا يفقد سيطرته علي نفسه ، بل قد يستخدم شخصاً آخر كمخلب قط ليضايق به من حوله .

وهناك ثلاثة أنزاع من اضطرابات الشخصية سلبية العدوان :

١- النمط السلبي المعتمد : ويتسم هؤلاء في طفولتهم بالسلبية والاعتماد بصورة طفولية ، وعندما يكبرون يسلكون كما يسلك الأطفال المعتمدون علي آباء يدعمونهم ، وسماتهم الأساسية هي العجز ، وعدم القدرة علي حسم الأمور والميل إلي التعلق بالآخرين ، وعندما يطلب منهم المبادأة وتحمل المسئولية يصابون بالقلق والذعر(نبيلة الشوربجي ، ٢٠٠٧ ، ٦٦).

٢- النمط السلبي العدواني : وتتميز هذه الشخصية بالنمط المتعمق من المقاومة السلبية والتأجيل والعناد ونقص الكفاءة ، حيث ترفض هذه الشخصية القيام بالمهام والأعباء الاجتماعية والعملية ، وغالباً ما يفسدون جهود الآخرين بعد أداء الجزء المكلفين به ، ويشكون من أن الناس لا تفهمهم ولا تقدرهم وهم جديون ، مجادلون ، ويظهرون الحقد والحسد لمن هم ناجحين ومحظوظين ، ويتميز المضطربون بسرعة الاستثارة عندما يطلب منهم شيئاً لا يرغبونه ويرفضون اقتراحات الآخرين الايجابية والمتعلقة بكيفية تحويلهم إلي أفراد منتجين(مأمون صالح ، ٢٠٠٨ ، ٢٢٠).

٣- النمط العدواني : يتشابه سلوك هؤلاء مع سلوك الأشخاص اللاجتماعيين وغير المتزنين انفعالياً حيث يستجيبون بنوبات مع سهولة الاستثارة والتدمير حتى لمجرد الاحباطات البسيطة ، وسلوكهم دائماً عبارة عن تعبير عن الاعتماد اللاشعوري الكامن ، ويأخذ الإفصاح عن عدوانهم شكل : نشر الإشاعات والقيل ، والقال ، والامتلاء بالحقد والضغينة ، والأشخاص الذين يظهرون هذه الاستجابة لم يتعلموا التصرف في عدوانهم بطريقة متزنة مرنة من الضبط والتنفيس كما يفعل الأشخاص الناضجون(نبيلة الشوربجي ٢٠٠٧ ، ٦٧) .

١١- اضطراب الشخصية الحدية أو البينية:

Borderline Personality Disorder

تتميز هذه الشخصية بعلاقات بين الأفراد غير مستقرة بصورة متطرفة وشخصية متأرجحة ذات مزاج تراجيدي ، وهوية غير مستقرة ، والتهور في ممارسة أمور مؤذية للنفس ومخاوف حادة من الانفصال والهجر ، وسلوك اندفاعي . وخصائص هذا الاضطراب أيضاً يكون تشويه الذات ، مثل قطع الرسغ أو المعصم وتجويف الكلمات علي الذراع ، وحرق الجلد بالسجائر(Mind et al ., 1996, 612) وضعف القدرة علي التخطيط للمستقبل ، ولا يحتمل الوحدة (محمد أحمد ، ٢٠٠٦ ١٥٣).

ويتدني أداء ذوي الشخصية الحدية في العمل ، ويتسم سلوكهم بالاندفاعية ولديهم ميول انتحارية وتصبح بعد ذلك فعلية (Gunderson &Singer, 1975).

وتتراوح معدلات انتشار اضطرابات الشخصية الحدية أو البينية ما بين ٣٫٠١٪ إلي ٤٫٠١٪(Lenzenweger et al ., 1997) ومعدل انتشاره لدي الإناث يبلغ ضعفي انتشاره لدي الذكور، ومعدلات مرتفعة من الاكتئاب الأساسي ، واضطراب تعاطي الكحوليات ، وتعاطي المواد المخدرة وجد في أقارب من الدرجة الأولي لأشخاص يعانون من اضطرابات الشخصية الحدية (Sadock &Sadock , 2008 , 381-382).

١٢- اضطراب الشخصية المعادية أو المناهضة للمجتمع Antisocial Personality Disorder (Psychopathy)

تشير الشخصية المعادية للمجتمع إلي مجموعة من الشخصيات المضطربة والتي تعاني من مشكلات عدة بسبب اضطرابها ، كما أنها تجعل المجتمع يعاني هو الآخر بسببها من مشكلات مماثلة.

- وهم عاجزون عن الانتماء الحقيقي للأفراد أو الجماعات أو القيم الاجتماعية.
- وهم أنانيون وغلاظ القلوب ، وعاجزون عن الشعور بالذنب ، ويظهرون تبريرات مقبولة لسلوكهم(جمعة سيد ، ٢٠٠٠ ٢٨٢).

والهروب من المنزل ومخالطة أقران السوء ، وبتكرار يبدون سلوكات : السرقة ، وإحراق المباني عن عمد ، وتدميرا لممتلكات ، وهذه السلوكات تستمر في مرحلة الرشد والتي تظهر في عدم القدرة علي تحمل المسئولية ، واختراق القانون وسرعة الغضب ، واللجوء إلي أنماط مختلفة من العدوان البدني ، والإغراق في الديون ، ويتصفون بالتهور وبالاندفاع ، ويفشلون في وضع الخطط ، ويبدأ اضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع في مرحلة المراهقة (Neale et al ., 1996 , 300) .

ويتميز السيكوباتي في العادة بالذكاء وسرعة الاستجابة ، والجاذبية الاجتماعية التي تخدع الآخرين وبخاصة عند اللقاء الأول ، وهو شخص يعيش لحاضره ولا يأبه بالمستقبل ، لا تهمه سعادة الآخرين أو مصلحتهم (انتصار يونس ١٩٨٥ ، ٣٥٩).

والسيكوباتي قد يدخل السجن وفي اليوم الذي ينهي فيه عقوبته يرتكب الجريمة نفسها بمجرد خروجه من السجن ، أي أن العقاب لا يجدي ولا يستفيد ولا يتعلم من

التجربة المؤلمة التي تمر به (عادل صادق، ٢٠٠٣، ١٨٣) كما أن هؤلاء الأفراد من النادر أن يشرعوا في البحث عن العلاج، ويتزايد تواجدهم بالمحاكم والسجون:
(Mind et al ., 1996, 613)

والشخصية المضادة للمجتمع لا تتداخل مع انجاز الشخص الدراسي فينجح دراسياً، وقد ينجح سياسياً واقتصادياً دون أن تظهر الصورة الكاملة للاضطراب، ويستغل موقعه العملي ومركزه الاجتماعي لصالحه دون اعتبار للقيم ودون لوم للنفس أو مراعاة لصالح المجتمع وقوانينه(**مأمون صالح، ٢٠٠٨، ٢١٤**).

وقد أمكن باستقصاء عدد كبير من البحوث التي قارنت بين شخصيات الجانحين وغير الجانحين وتم التوصل إلى أربعة فروق رئيسية هي أن الجانحين يختلفون عن العاديين في:

١- ضعف الضمير، واختفاء مشاعر الذنب، والفشل في اكتساب الضوابط الداخلية.

٢ - البطء في بعض أنواع التعلم، خاصة التعلم الذي يحتاج للوعي بمعايير وقيم المجتمع.

٣ - مواجهة الإحباط بالاندفاع والعدوان دون حساب للنتائج.

٤ - ضعف المشاركة الوجدانية، والعجز عن تقدير مشاعر الآخرين (**عبد الستار إبراهيم، ١٩٨٠، ٣٩**).

٥- يتجاهل القوانين والقواعد الاجتماعية، فيتصرف وكأن النظم والعرف والقوانين لغيره وكأنه غير مطالب بالتزامها (**انتصار يونس، ١٩٨٥، ٣٦٠**).

٨- يرتكبون جميع أنواع الجرائم، أي أنهم لا يتخصصون في جريمة بعينها.

٩- الجرائم السيكوباتية لا معني لها. أي أنهم يكذبون من أجل الكذب في حد ذاته، كذلك الأمر في السرقة والنصب والاحتيال (**متعة الكذب من أجل الكذب وليس لأغراض أخري**).

١٠- سوء السلوك عند السيكوباتيين له صفة الإدمان بعكس المجرمين الذين سيظهر سلوكهم السيئ في نوبات متقطعة لأنهم ينتظرون خير فرصة لارتكاب جرائمهم دون افتضاح(**فرج طه، ١٩٧٩**).

وتنقسم الشخصية المضادة أو المناهضة للمجتمع إلي أربع فئات :

١- الاستجابة اللاجتماعية وأعراضها عدم النضج الانفعالي، وضعف الشعور بالمسئولية والفرد اللاجتماعي دائماً علي طرفي نقيض للمجتمع.

٢- الاستجابة الضد اجتماعية (**اللاأخلاقية**) يتسم الأشخاص الذين يوضعون ضمن هذه الفئة بإهمال المعايير الاجتماعية ، وغالباً ما يصبحون في صراع مع القيم السائدة المقبولة كنتيجة للمعيشة في بيئة أخلاقية شاذة .

٣- **الانحرافات الجنسية** : يظهر هذا السلوك المنحرف جنسياً في أية صورة من صور الإشباع بطريقة غير طريقة الجماع الجنسي الغيري (**مع الجنس الآخر**) حيث تصبح الصورة الشاذة هي الصورة المفضلة أو الوحيدة للنشاط الجنسي وتشمل الجنسية المثلية ، السادية والمازوشية .

٤- إدمان الكحول والمخدرات قد يحدث إدمان الكحول أو المخدرات كعرض لاضطراب عقلي كامن ، أو قد يحدث دون وجود ذهان أو عصاب بوصفه اضطراباً في الشخصية(**نبيلة الشوربجي** ، ٢٠٠٧ ، ٦٨-٧٠) .

ويبلغ التقدير الإجمالي لنسب انتشار اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع في عينات مجتمعية حوالي ٣٪ لدي الذكور ، و١٪ لدي الإناث ، وهناك دراسات تشير إلي أن حوالي ١٠٪ من كل المسجونين يصنفون كشخصيات معادية للمجتمع ، وقررت مجموعة من الأطباء النفسيين أن ٩٨٪ من مجموع السجناء الذين قاموا بفحصهم في أحد سجون ولاية الينوي الأمريكية كانوا من السيكوباتيين(**جمعة سيد** ، ٢٠٠٠ ، ٢٨٦).

وتشير نتائج دراسة فيزل ودينش(Fazel & Danesh , 2002) إلي أن انتشار اضطرابات الشخصية تبلغ ٤٦٪ وذلك من خلال مراجعة المسوح للأفراد المسجونين .

ويشير مُورن(Moran , 1999) إلي أن انتشار اضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع تبلغ ما بين ٤٠٪ إلي ٦٠٪ لدي الذكور المسجونين.وانتهت نتائج دراسة ثمثون وآخرون (Thomson et al ., 1997) إلي أن ٢٥٪ من المرضي في أحد المستشفيات باسكتلنده يصنفون كشخصيات معادية للمجتمع.

١٣- اضطراب الشخصية القلقة Anxious personality

في الشخصية القلقة يشعر الفرد بعدم الارتياح ، وتوقع المواقف الخطيرة دائماً أو توقع الأسوأ ، هذا الخطر قد لا يكون محدداً من موقف بعينه أو حالة مواجهة معينة مع حدث أو شخص طارئ إنما من مصدر ما غير واضح ، أو ربما يكون التوقع من مصدر واضح لكن رد الفعل دائماً يكون أكثر شدة وقلقاً للفرد حتى أنه يتعايش مع القلق ، ويعيش معه ويكاد أن يشكل معظم يومه بل حياته وهو كذلك في حالة استعداد وتحفز دائمين وتوقع

للخطر وتأهباً لملاقاته ، وتجنباً له حتى إن الفرد ذو الشخصية القلقة يخشي القيام بأي عمل يتطلب تحمل المسؤولية(**مأمون صالح ، ٢٠٠٨ ، ٨٦**).

والشخصية القلقة لا تعرف طعم الاستقرار النفسي أو الالتزام الوجداني فالتحكم الإرادي في حالة الشخصية القلقلة غير موجود ، ولا تعرف الشخصية القلقة أنها قد تكون تحت رحمة الأقدار ، وتكون عرضة لزيادة الانفعالات الوخيمة التي تتصف بها وتتقاذفها ، كما أن الشخصية القلقة لا تستطيع أن تتأثر بما ينصح به الناس ، والشخص القلق يقدم انفعالات متباينة لا تتناسب له ولا تتكيف مع الموقف ، أن الاستجابة الوحيدة التي يمكن تقديمها من جانب المحتكين بالشخصية المصابة بالقلق هي التجنب أو الابتعاد أو المعاملة بحذر(**محمد جاسم ٢٠٠٩ ، ٢٥١**).

معدلات انتشار اضطرابات الشخصية لدي العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة

تبلغ معدل انتشار اضطرابات الشخصية في المجتمع (١) لكل (١٠) أفراد من السكان (Coid , 2003 ; Tyrer, 2004).

انتهت نتائج دراسة **تورجورسن**(Torgersen et al ., 2001) إلي انتشار اضطرابات الشخصية لدي عينة تتألف من ٢٠٥٣ فرداً تراوحت أعمارهم ما بين ١٨-٦٥ سنة ، فقد بلغت النسبة ١٣.٤٪ ، **وهي موزعة علي النحو التالي** : اضطرابات الشخصية البارانويدية ٢.٤٪ ، اضطرابات الشخصية شبه الفصامية ١.٧٪ ، اضطرابات الشخصية المسمي بالطابع الفصامي ٠.٦٪ ، اضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع ٠.٧٪ ، اضطرابات الشخصية السادية ٠.٢٪ اضطرابات الشخصية الحدية أو البينية ٠.٧٪ ، اضطرابات الشخصية الهستيرية ٢.٠٪ ، اضطرابات الشخصية النرجسية ٠.٨٪ ، اضطرابات الشخصية التجنبية ٥.٠٪ ، اضطرابات الشخصية الاعتمادية ١.٥٪ ، اضطرابات الشخصية الوسواسية-القهرية ٢.٠٪ ، اضطرابات الشخصية السلبية-العدوانية ١.٧٪.

وانتهت نتائج دراسة فلين وآخرون(Flynn et al ., 2002) إلي أن معدلات انتشار اضطرابات الشخصية كانت ٩٢٪ ، بينما كانت معدلات اضطرابات الشخصية الشديدة ٣٩٪ وذلك في عينة بلغ عددها ٣٦ فرداً. وانتهت نتائج دراسة مورن وآخرون (Moran et al ., 2000) إلي أن معدلات انتشار اضطرابات الشخصية في عينة بلغ عددها ٣٠٣ فرداً كان ٢٤٪.

وقدرت دراسات الأوبئة معدلات انتشار اضطرابات الشخصية بحوالي ١٠٪ في عينات الراشدين . وقد انتهت نتائج دراسات السكان في بالتيمور وأوسلو Baltimore &Oslo إلي أن معدلات انتشار اضطرابات الشخصية كانت ٩٪ و١٣٪ علي التوالي. وفي العينات الإكلينيكية المقيمة وتلك التي تتلقي علاجها من العيادات الخارجية مثل اضطرابات الاكتئاب ، والقلق ، وإدمان المخدرات فإن اضطرابات الشخصية تقفز إلي ٣٠٪ . ومعدلات اضطرابات الشخصية المحددة بنوع معين تتراوح ما بين ١ إلي ٢٪ باستثناء اضطرابات الشخصية الوسواسية القهرية فإنها تتراوح ما بين ٢ إلي ٤٪ ، واضطرابات الشخصية الحدية والتي تبلغ نسبتها ١٪ وترتفع لتصل إلي ١٠٪ (Harari & Jockson , 2007, 271) ومعدلات انتشار اضطرابات الشخصية تكون بدرجة أقل أعلي انتشاراً في الذكور عن الإناث(Casey, 1997 , 138) .

لعدة سنوات الكثير من الأساطير تجمعت فيما يتعلق بأنماط الشخصية لدي المتخلفين عقلياً الذين يبدون ملامح شخصية موحدة تمتد جذورها من التلف المخي العضوي الذي يؤدي بهم ككل إلي العدوان ، والاعتماد علي الآخرين والسلبية . وفي الواقع فإن هؤلاء الأفراد يبدون أطياف من سمات الشخصية التي تكون متسعة علي نحو ما نجده لدي العاديين .

ويشير تسمان (Tasman et al ., 1997 , 629) إلي معدل انتشار اضطرابات الشخصية اللاتوافقية في المتخلفين عقلياً تتراوح ما بين ٢٢٪ إلي ٥٦٪ وكل أنماط اضطرابات الشخصية يمكن ملاحظتها لدي المتخلفين عقلياً .

وأجريت دراسة جستسون (Gostason , 1985) علي عينة بلغ قوامها ١١٥ متخلفاً عقلياً تراوحت أعمارهم ما بين ٢٠-٦٠ سنة ، وانتهت نتائجها إلي أن ٣٣.٩٪ لديهم اضطرابات نفسية ، و٢.٦٪ يعانون من اضطرابات شخصية. وانتهت نتائج دراسة بَيلنجر وريد(Ballinger &Reid ,1987) إلي شيوع اضطرابات الشخصية الانطوائية ، والهستيرية في المعوقين عقلياً. وانتهت نتائج دراسة فان دين وآخرون (Van Den et al ., 2009) إلي تواتر تشخيص اضطرابات الشخصية لدي عينات من الراشدين المتخلفين عقلياً خفيفي الدرجة.

ومعدلات انتشار اضطرابات الشخصية لدي الراشدين المتخلفين عقلياً كانت ٢٥.٤٪ لعينة بلغ عددهم ٤٠٢ فرداً(Corbett , 1979-B) وقرر ايتان ومينولسيكنو (Eaton

(Menolasco & Menolascino , 1982) ارتفاع معدلات اضطرابات الشخصية مثل : السلوك المضاد للمجتمع ، والعدوانية ، والشخصية الفصامية في المتخلفين عقلياً .

هناك عوامل التي تكون عموماً شائعة للأشخاص المتخلفين عقلياً ومن الممكن أن تؤثر في سمات سلوكهم المقترحة مثل القصور المعرفي ، والاضطراب العصبي والخبرات البيئية (Szymanski & Crocker, 1989) .

توجد علاقة بين اضطرابات الشخصية واضطراب التوحد ، فعلي سبيل المثال توجد علاقة بين اضطرابات الشخصية الوسواسية-القهرية والاضطرابات النمائية(Gillberg , 1995) .

ترتفع معدلات انتشار اضطرابات الشخصية ثلاث مرات في المعوقين سمعياً عن مثيلاتها لدي عادي السمع (Meadow , 1981) فقد بلغت معدلات انتشار اضطرابات الشخصية لديهم ٣٠٪(Alberdi, 1994) .

وقدرت نتائج دراسة رينر وألشر (Rainer & Alshuler , 1966) معدلات انتشار اضطرابات الشخصية العدوانية السلبية لدي الصم بـ (٢٠.٤٪) . وأسفرت نتائج دراسة دَيجل (Daigle , 1994) عن أن اضطرابات الشخصية الاعتمادية واضطرابات الشخصية التجنبية كانتا شائعتين في الصم (١١.٦٪) في مقابل (٥.٧) لعادي السمع وإلي شيوع اضطرابات الشخصية الحدية واضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع في الصم فكانت النسبة (١٩.٨٪) للصم في مقابل (٦.١٦٪) لعادي السمع. وقد قدر بولارد (Pollard, 1994) نسبة انتشار اضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع بـ(٣.٪) للصم في مقابل (٢.٢٪) لعادي السمع. وتقدر اضطرابات الشخصية لدي الصم بنسب تتراوح ما بين ٢٠الي ٣٠٪(Vernon &Miller , 2001) .

ويعزي ارتفاع معدلات انتشار اضطرابات الشخصية لدي المعوقين سمعياً إلي الغياب الكلي أو الجزئي لمعرفة الصم لغة الإشارة ، وتدني مستوي القراءة عن أقرانهم ، فيكون مستوي القراءة دون الصف بمعدل (٢.٩) والتحاق بعضهم بالتعليم الرسمي دون الآخر، وافتقاد الكثير منهم إلي المعرفة بأسس الأمن الاجتماعي (Basilier , 1964 ; Vernon, 1996) . وانتهت نتائج دراسة دانمرك (Denmark , 1966) إلي أن الصم يبدون درجات مرتفعة من قصور في النضج الانفعالي والاجتماعي ، وفي التمركز حول الذات ، وقصور في الكياسة ، والتقمص الوجداني إزاء الآخرين ، وكما أنهم يتسمون بعدم الاستقرار والطبيعة المندفعة في سلوكهم .

كما أن الصم لديهم قصور في المهارات التالية :

أ- تنظيم وتركيب المعلومات للمهام .

٢- عمل مقارنات وانتقال لآثر المعلومات .

٣- إتباع التوجيهات بدون إيضاحات عملية .

٤- القيام بالاستدلال من خلال الحقائق المعطاة.

٥- التحديدات المرتبطة أو المنتمية للمواقف الحياتية.

٦- تعميم المعلومات (Paul , 1993 , 203) .

ويبدي المعوقين بصرياً عدة من المشكلات مثل السلوك المضاد للمجتمع: (Offer , 1969 , 175-176)

يصعب تشخيص اضطرابات الشخصية لدي ذوي صعوبات التعلم بالرغم من شيوعها(Gelder et al ., 1998 , 872) وفي هذا الصدد انتهت نتائج دراسة طولية قادها سبرين(Spreen , 1988) إلي أن ذوي صعوبات التعلم يعانون من اضطرابات انفعالية اجتماعية ، والسلوك المضاد للمجتمع.

وانتهت نتائج دراسة كان وآخرون(Khan et al ., 1997) إلي تواتر اضطرابات الشخصية: البارانويدية ، وشبه الفصامية ، والاندفاعية ، والمضادة للمجتمع في ٥٠٪ من عينة دراسته.

وانتهت نتائج دراسة ليزك وآخرون(Lezak et al ., 1987) إلي أن شيوع اضطرابات الشخصية القلقة والاكتئابية في المعوقين بدنياً البالغ عددهم ٤٢ فرداً.

المحكات التشخيصية العامة لاضطرابات الشخصية (DSM-IV-TR ,2000)

أ- نمط طويل المدى من الخبرة الداخلية والسلوك ينحرف بصورة مميزة أو واضحة عما هو متوقع في ثقافة الفرد ، ويظهر هذا النمط في اثنين أو أكثر من المجالات التالية :

١- **المعرفة** : (أي طرق إدراك وتفسير الذات والآخرين والأحداث).

٢- **الوجدان** : (أي المدى والشدة والاستقرار والملائمة في الاستجابة الانفعالية).

٣-الأداء البين شخصي.

٤- ضبط الاندفاع.

ب- هذا النمط طويل المدى يكون غير مرن ومتغلغل (**أو شامل**) في مدي واسع من المواقف الشخصية والاجتماعية.

جـ- ينتج عن هذا النمط طويل المدى أسي إكلينيكي دال أو قصور في الأداء الاجتماعي أو المهني أو جوانب الأداء الأخرى الهامة أو غيرها .

د- هذا النمط يكون مستقراً وذي أمد طويل ، ويمكن إرجاع بدايته على الأقل إلي المراهقة أو الرشد .

هـ- وهذا النمط الطويل لا يمكن تفسيره بشكل أفضل كنتيجة لاضطراب نفسي أخر.

و- هذا النمط طويل المدى لا يرجع إلي الآثار الفسيولوجية المباشرة لمادة (مثلاً عقار أو دواء يساء استخدامه) أو لحالة طبية عامة (مثلاً :إصابة أو جرح بالرأس).

أسباب اضطرابات الشخصية Cause of Personality Disorders

هناك القليل عن أسباب وعلاج اضطرابات الشخصية (Neale et al ., 1996 , 303) ويمكن نتناول أهم أسباب اضطرابات الشخصية على النحو التالي :

١- المنظور البيولوجي

(أ) الجينات واضطرابات الشخصية

تلعب العوامل الجينية والبيئة دوراً واضحاً في نشأة اضطرابات الشخصية (Mind et al ., 1996, 614) فقد انتهت نتائج دراسة ستيفنز وزملاءه (Stephens et al ., 1975) إلي أن معدل انتشار اضطراب الشخصية البارنويدية في أقارب الفصاميين من الدرجة الأولي كان ٩.٠٪ في مقابل ٤.٣٪ لأقارب من الدرجة الأولي لعينة ضابطة. وانتهت نتائج دراسة بارون وزملاءه (Baron et al ., 1983) إلي أن أقارب الفصاميين لديهم معدلات مرتفعة من اضطرابات الشخصية شبه الفصامية مقارنة بأقارب المجموعة الضابطة.

وأسفرت نتائج دراسة كينث وآخرون (Kenneth et al ., 2007) إلي أن الوراثة تلعب دوراً حيوياً في حدوث اضطراب الشخصية المسمي بالطابع الفصامي ، واضطراب الشخصية شبه الفصامية ، واضطراب الشخصية البارانويدية أو الاضطهادية. وقد وجد كويد (Coid , 1999) أن اضطراب الشخصية الحدية واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع لدي الأبناء تكون مرتبطة بالتاريخ الأسري للأقارب المضطربين نفسياً من الدرجة الأولي .

وتلعب الوراثة دوراً هاماً في اضطراب الشخصية الوسواسية- القهرية فهي أكثر في التوائم المتجانسة منها في التوائم غير المتجانسة ، وكذلك في الإخوة غير التوائم (وائل أبو هندي ، ٢٠٠٣ ، ٣٤٣) وللوراثة دوراً في حدوث اضطرابات الشخصية الاكتئابية (Sadock &Sadock , 2008 , 390) وتعزي اضطراب الشخصية التجنبية إلي التهيؤ

البيولوجي والذي يُعد بمفردة غير كافي كسبب لهَذا الاضطراب ، فالعوامل البيئية من الممكن أن تحول هذا التهيؤ إلي نمط سلوكي دائم:
(Benjamin , 2003 ; Millon &Davis , 2000)

وترجع أسباب حدوث السلوك السيكوباتي إلي عوامل وراثية ، علي الرغم من أن الدراسات لم تؤيد توارث السلوك الإنساني ، إلا أن بعض الدراسات قد أيدت توارث السلوك السيكوباتي لدي الأفراد وظهوره عند بعض الأسر دون غيرها وعوامل فسيولوجية : لوحظ من نتائج بعض الدراسات التي استخدمت رسام المخ الكهربائي ظهور أنماط غير عادية من الموجات المخية لدي أغلب السيكوباتيين وأن بعض الأفراد يولدون مع نقص في تركيب الدماغ (صالح حسن ، ٢٠٠٥ ،٣٢٦ عادل صادق ، ٢٠٠٣ ، ١٨٣).

الأشخاص الذين يظهرون سمات اندفاعية يبدون كذلك مستويات مرتفعة من التيستوستيرون Testosterone (Sadock &Sadock , 2008 , 375) كما يكشف جهاز التخطيط الكهربائي عن وجود تشوهات ، وشذوذ في الهرمونات العصبية ، والموصلات العصبية والتي تعتبر عوامل مسببة في حدوث اضطرابات الشخصية:
(Allwood &Giano, 1997)

(ب) العوامل النفسية الاجتماعية

ترى نظرية التحليل النفسي أن الطفل السوي يتقبل قيم والديه ، ويجعلها جزءاً من كيانه ، لأنه يريد أن يكون مثل والديه ، ويخشي من فقد حبهم إذا هو خالف هذه القيم أو لم يتصرف طبقاً لها ، وعندما لا يستقبل الطفل الحب من والديه فهو حينئذ لا يخشي هذا الفقد ، وهذا التفسير يبدو معقولاً إلا أنه لا يمكن تطويعه لكل الحالات ، فالكثير من الأطفال المرفوضين لا يصبحون مضطربين (Hilgard et al., 1975, 487-488) .

ويفسر فرويد الشخصية البارانويدية علي أنها تعزي إلي ممارسات التدريب علي عمليات الإخراج (Orlansky , 1949) وتعزي اضطراب الشخصية الوسواسية- القهرية إلي مرحلة التثبيت في المرحلة الشرجية من التطور النفسي حيث تدور الصراعات بين الطفل وهو في سن الثانية من عمره وبين الأم حول النظافة والتحكم في رغباته(**وائل أبو هندي ، ٢٠٠٣ ، ٣٤٣)**.

وفي السنوات الحديثة قام علماء التحليل النفسي بتطوير نظريات جديدة عن تطور الشخصية النرجسية فيشير أوتو كيرنبرج Otto Kernberg, 1975 إلي أهمية البحث في الصراعات اللاشعورية في مرحلة الطفولة ، فقد وجد في مرضاه أن الوالدين الذين يبدون أنهما متوافقين علي نحو جيد في مواجهة العالم الخارجي ، لكنهم في نفس الوقت يتسم

سلوكهم بالقسوة واللامبالاة والعدوان نحو الطفل ، يترتب علي ذلك فشل في قدرة الطفل علي تطوير علاقة صحية مع الأم(Hassett , 1984,490) .

وينشأ اضطرابات الشخصية عندما ينمو التنظيم الداخلي بشكل مشوه أو منحرف ويصبح متصلب وعاجز عن تقديم الحلول التكيفية لهذه الصراعات والذي يكون نتيجة لخبرات حياتية غير صحية(**محمد السيد ، ٢٠٠٠-ب ، ٣٩٦**) .

والأفراد مضطربي الشخصية يستخدمون ميكانزمات غير ناضجة هي علي النحو التالي :

١- **الإسقاط** : يستخدم الأفراد الإسقاط في بعض الأحيان ، بينما يستخدمه البعض الأخر بتكرار ، في الذهان يكون شامل ومكثف لهذا تكون المحصلة تشويه الواقع ، ويميل المضطربين شخصياً إلي استخدام مستويات متوسطة من الإسقاط .

٢- **الإنكار** : ردود فعل الإنكار يبطل أو يضعف وجود الإدراكات ، والمشاعر والأفكار ، والدفعات.

٣- **السلوك العدواني السلبي** : العدوان نحو الآخرين يكون معبر عنه بصورة غير مباشرة أو من خلال التأجيل (Harari & Jockson , 2007, 272).

وتشير هورني Horney **إلي أن** معاملة الأهل للطفل تؤدي إلي تكوين الطفل لبناء سوي أو عصابي ، ويتوقف هذا علي محيطه المنزلي أيضاً ، فإذا اتسمت المعاملة بالقسوة سيتولد قلق أساسي (**سوسن شاكر ، ٢٠٠٨ ، ٢٧٩**).

وتصف نظرية التعلق Attachment Theory **لبولبي** Bowlby العلاقة الآمنة أو غير الآمنة بين الطفل ووالديه ، ويمكن تناول بعض التطبيقات لهذه النظرية لفهم اضطرابات الشخصية **علي النحو التالي :**

١- أنماط التعلق غير الأمن تبدأ في مرحلة الطفولة المبكرة ، وتستمر في مرحلة الرشد .

٢- أنماط التعلق غير الأمن من الممكن أن تظهر في حياة الراشد كعلاقة غير أمنة وغير مناسبة وغير مستقرة.

٣- هذه الصعوبات تؤدي إلي إحساس مضطرب للذات:

(Harari & Jockson , 2007, 275)

وفي ضوء المنظور السلوكي تشكل الخلفية الأسرية (**البناء الأسري والوظائف الأسرية**، **والمناخ الانفعالي**) تأثيرات محتملة في الاضطرابات النفسية التي تصيب الأبناء ، لاسيما الخبرات الصدمية في مرحلة الطفولة **مثل** : سوء المعاملة ، وأشكال العقاب المرتبط باضطرابات الشخصية في مرحلة الرشد:

(Coid et al ., 2006 ; Grilo &Masheb, 2002)

ويـري المعرفيـون أن أصحاب الشخصية القسرية لـديهم معتقـدات أساسـية خاطئة ، فعلي سبيل المثال " إنني يجب ألا أخطئ لكي لا أكون سيئاً ، وطريقته في ذلك بالطبع هي محاولة الوصول إلي الكمالية في كل ما يفعل ، ويطلبه من كل من يستطيع الحكم علي أفعالهم (وائل أبو هندي ، ٢٠٠٣ ، ٣٤٨). وترجع النظرية المعرفية الشخصية النرجسية إلي تحليل الأخطاء في التفكير (Hassett , 1984,490-491) .

وتعزي اضطراب الشخصية التجنبية إلي ممارسة الوالدين للضبط ، فهم يتجنبون المناسبات التي تربكهم أو تشعرهم بالخزي(Sperry , 1995). ويرجع حدوث اضطراب الشخصية الاعتمادية إلي عمليات الضبط الزائد والحماية الزائدة من الوالدين ، وعدم التشجيع علي الاستقلالية (Ojha &Singh, 1988). ويؤكد كل من فيشر وجرينبيرج(Fisher &Greenberg , 1977) علي دور عمليات الضبط الزائدة ، والأساليب الوالدية الغير مرنة (Millon , 1981) .

وأسفرت نتائج دراسة باريس وآخرون (Paris et al ., 1994) عن ارتفاع معدلات الطلاق والفقد لدي ذوي اضطرابات الشخصية الحدية مقارنة بالمرضي بدون اضطرابات شخصية حدية. كما أبرزت نتائج دراسة فارنجتون (Farington , 2000 أن اضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع في مرحلة الرشد تنبع من الأبوة المدانة من حيث حجم الأسرة الكبير ، والذكاء المنخفض ، وعوامل مرتبطة بتربية الطفل مثل الأمهات صغار السن ، والأسر المزقة.

كما تعزي حدوث الشخصية الهسترية إلي البيئة المنزلية الفقيرة ، أو إلي الجو الأسري المتدني ، أو إلي الزواج غير السعيد (Slavney &Mchugh , 1974). فقد انتهت نتائج دراسة بور وآخرون (Bor et al ., 2004) إلي أن عدم الاستقرار الزواجي للوالدين يمثل مخاطر جمة في نشأة السلوك المضاد للمجتمع .

ويرجع حدوث اضطرابات الشخصية الاكتئابية إلي الفقد المبكر ، وفقر الوالدين ، والأنا الأعلى التأديبي ، ومشاعر الذنب المتطرفة (Sadock &Sadock , 2008 , 390).

وتعرض الطفل للاهانات الانفعالية والبدنية الشديدة في المراحل العمرية المبكرة ، والإهمال الوالدي(Strong, 1998).واستنتج ماككورد،ماكوكورد McCord & McCord , 1964 من خلال مراجعة متفحصة للتراث أن نقص العاطفة والرفض الأسري الشديدين يساهمان في حدوث الاضطراب السيكوباتي (in :Neale , et al ., 1996 , 308).

وترجع اضطرابات الشخصية إلي ضغوط الحياة الصادمة (Mombour &Bronisch, 1998) والخبرات الانفعالية المبكرة من قبل مانحي الرعاية أثناء الطفولة تعجل بنمو الاضطرابات النفسية والتي تستمر في البزوغ في مرحلة الرشد: (Barker et al ., 1994)

علاج اضطرابات الشخصية Treatment of Personality Disorders

علاج اضطرابات الشخصية تصعب وغير مضمون لسببين:

١- أن أصحاب الشخصية المضطربة لا يطلبون العلاج بإرادتهم إلا نادراً جداً لأنهم فاقدوا البصيرة باضطراب شخصيتهم ، ويعتقدون أنهم ليسوا علي باطل رغم من تكرار شكوى الغير منهم .

٢- ولأن العلاج يكون بالتحليل النفسي العميق الذي يتطلب جهداً ووقتا طويلاً قد يمتد لسنوات علي يد خبراء ، ولا تنفع معهم العقاقير لأنها توقعهم في براثن الإدمان فيصبح بلاؤهم بلاءين (**عبد الرءوف ثابت ، ١٩٩٣ ، ٢٥٨**).

٣- لا يوجد علاج وحيد من المحتمل أن يقابل هذا التنوع من اضطرابات الشخصية ، والاحباطات المتنوعة للأفراد الذين لديهم هذه الاضطرابات.

ويمكن تناول أهم المداخل العلاجية لاضطرابات الشخصية علي النحو التالي:

العلاج الطبي

تفيد العقاقير الطبية في علاج اضطرابات الشخصية فعلي سبيل استخدم في علاج اضطرابات الشخصية الحدية مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين Serotonin Reuptake Inhibitors ، وهناك دلائل تشير إلي أن اضطرابات الشخصية الحدية تستجيب للعلاج بمضادات الاكتئاب (Soloff , 1998).

وتفيد مضادات الذهان في علاج اضطراب الشخصية المسمي بالطابع الفصامي (Ewing et al ., 1996) والعقاقير الطبية لاضطرابات الشخصية التجنبية مثل الفلوكستين Fluoxetine الفينيلزين Phenelzine .

والرأي السائد هو أن استخدام العقاقير في الحد من اضطرابات الشخصية مازال محدود القيمة بعد ، ويوصي دائماً بالمزاوجة بين العلاجات الدوائية والعلاجات النفسية نظراً لأن اضطرابات الشخصية متعددة الأسباب بيولوجية نفسية ، اجتماعية (**محمد السيد ، ٢٠٠٠- ب ، ٤٠١**).

العلاج السيكودينامي

العلاج النفسي الفردي أو الجماعي من الممكن أن يكون مفيد لهؤلاء المرضي الباحثين عن العلاج (Fadem , 2001, 58) والكشف والتدخل المبكرين لتحديد مظاهر الانحراف السلوكي وعلاجها قبل استفحال المشكلة.

لخص كيرنبرج Kernberg , 1993 العديد من النقاط الشائعة للعلاج بالتحليل النفسي لمثل هذه الاضطرابات علي النحو التالي :

١- القواعد والحدود العلاجية يجب أن تكون واضحة.

٢- يجب أن يكون المعالج نشط أكثر من كونه تقليدي ، مترجم جيد للانفعالات .

٣- يجب أن يتحمل المعالج الهموم والأحزان المكبوتة بعمق لدي المريض وعدائيته.

٤- يجب علي المعالج مساعدة المريض ليري العلاقة بين التصرفات والمشاعر .

٥- يجب مواجهة السلوك المدمر للذات بالقوة والتحدي.

٦- يجب وضع حدود لخطورة المريض ، أو ذوي السلوكات الخطرة منهم (في : **محمد السيد ، ٢٠٠٠ - ب ، ٤٠٢**).

وهدف العلاج النفسي إزالة أسباب القلق والصراع النفسي ومصادر التوتر الانفعالي ، وإشباع الاحتياجات النفسية المحبطة لدي السيكوباتي(**صالح حسن ٢٠٠٥ ، ٣٢٨**) والي بناء ونمو شخصيته ، وتفهم مشاعره وأفكاره وتحدياته وميكانزمات الدفاع النفسي اللاسوية لديه ، وتحسين مستوي مفهومه عن ذاته وتدعيم نموه الفردي:
(Aiken &Sharp , 1997)

واستخدم العلاج السيكودينامي في علاج اضطرابات الشخصية فعلي سبيل المثال استخدم بنجاح في علاج اضطرابات الشخصية التجنبية من خلال التركيز علي الأحداث الماضية ، ومشاعر الكبت الطويل ، ومناقشة الانفعالات والأفكار بصراحة ، والكشف عن الأسباب وراء الخجل. كما استخدم العلاج التعبيري – المساند Supportive-Expressive Therapy بنجاح في علاج اضطرابات الشخصية:
(Sansone et al .,1999 ; Vinnars et al ., 2005)

العلاج السلوكي المعرفي

الافتراض الأساسي في هذا العلاج ينصب علي وجود خطأ ما في التفكير مسئول عن سلوك الأفراد ومشكلاتهم الانفعالية ، وعلي المريض والمعالج أن يتعاونا معاً في

اكتشاف التشويه المعرفي لدي المريض وإحلاله بمعارف أكثر مرونة وتكيف (محمد السيد ، ٢٠٠٠- ب ،٤٠٤).

ويري بيك وآخرون(Beck et al ., 2003) أن هناك أنماط مثل تحليل النمط ، تغيير النمط ، الاستمرارية في المحافظة علي النمط مع ضرورة بناء الثقة المتبادلة مع العميل ، ولا شك أن القبول غير المشروط ، والتقمص الوجداني يؤديان إلي زيادة الثقة ، كما يفيد استخدام أسلوب التحصين التدريجي.

العلاج السلوكي الجدلي Dialectical Behavior Therapy

يتكون العلاج السلوكي الجدلي من مرحلة قبل علاجية (**مرحلة الالتزام أو التعهد**) وثلاث مراحل علاجية ، وتهدف المرحلة قبل العلاجية إلي تهيئة المريض والتعرف علي الاحتمالية المرتفعة لتشرب المريض باضطرابات الشخصية والهدف الهام في هذا الشأن هو إكساب المريض قدرة أفضل علي التواصل ، ولكل مرحلة عدة مكونات فالأولي تشتمل علي : الثبات والاتصال والأمان ، وتشمل المرحلة الثانية علي : التعريض والمعالجة العاطفية للماضي ، أما الثالثة فتقوم علي تركيب أو توليف الخبرة(محمد السيد ، ٢٠٠٠-ب ، ٤٠١) .

العلاج الجماعي

استخدم العلاج الجماعي بنجاح في علاج الشخصية التجنبية ، والاعتمادية حيث يتيح للمريض الفرص المناسبة لتجريب طرق جديدة من تعبيرات الذات بينما يستقبل التشجيع والمساندة من قبل الآخرين (Seligman , 1998) فالمريض يختبر السلوكات الاعتمادية غير المناسبة والسلبية وتجريب توكيد الذات (Yalom, 1995).

العلاج البيئي Ecological Treatment

العلاج البيئي والاجتماعي وذلك بهدف إزالة عوامل الاضطراب في البيئة الأسرية وتأمين الخدمات الأساسية والاجتماعية والتعليمية ، ورفع المستوي المعيشي للأسرة(صالح حسن ، ٢٠٠٥ ، ٣٢٨).

وتنمية البيئة الشخصية المناسبة ، وتطوير المهارات المناسبة للفرد ، فهذا المدخل يركز علي المواقف الواقعية واستجابة الآخرين للفرد ، كما يهتم بالاستجابات الصادرة عن البيئة الخارجية عندما لا يتفاعل معها الفرد بطريقة فعالة:
(Hummelen & Rokx, 2007)

العلاج الأسري

التوجيه والإرشاد الوالدي فيما يتعلق بظروف التنشئة الاجتماعية وأساليبها السليمة ، وأنماط العلاقات الأسرية ، وطبيعة المناخ الأسري(صالح حسن،٢٠٠٥، ٣٢٧).

الفصل السابع :

الأمراض النفسية

الجسمية (السيكوسوماتية) Psychosomatic disorders

مقدمة

كثيراً ما تصاحب الأمراض العصابية أو الذهانية أعراض جسمية ، وفي هذه الحالة يطلق عليها الأمراض السيكوسوماتية . وتنشأ هذه الأمراض عادة من شدة القلق الذي يجد مجالاً للتنفيس عنه خلال أعضاء الجسم المختلفة ، ولذلك يجب عند دراسة هذه الأمراض التعرف علي شخصية الفرد في مجالها الكلي ، من حيث مشاكله التكيفية المختلفة ، بمعني أن يهتم الطبيب لا بالحالة الجسمية فحسب وإنما أيضاً بمشكلات الفرد الانفعالي(**انتصار يونس ، ١٩٨٥ ، ٤٠٨**).

ترجع كلمة سيكوسوماتية في أصلها إلي كلمتين يونانيتين سيكو Psycho بمعني الروح أو العقل وكلمة سوما Soma بمعني الجسم ، ويشير هذا الربط فيما بينهما إلي أن وظائف الإنسان كل متكامل تتدخل فيه الوظائف السيكولوجية والفسيولوجية باستمرار وتعتمد كل منها علي الأخرى (**كوفيل وآخرون، ٩٨٦، ١٣٥**) .

والحقيقة أن وقوع الضغوط علي الإنسان وجد أنها ترتبط بعدة أمراض منها أمراض القلب والسرطان والقولون والربو وارتفاع ضغط الدم وبعض الآلام الروماتزمية . كذلك فإن ضعف الجهاز المناعي في الإنسان يترك جسده عرضة للبكتريا والفيروسات وتلك قد تسبب له العديد من الأمراض (**عبد الرحمن العيسوي ، ٢٠٠٤ ، ٣١**).

يعرف (محمود السيد ، ١٩٩٤ ، ١٦٠) الأمراض السيكوسوماتية علي أنه: " الاضطرابات الجسمية المألوفة للأطباء والتي يحدث بها تلف في جزء من أجزاء الجسم ، أو خلل في وظيفة عضو من أعضائه نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة نظراً لاضطراب حياة المريض ، والتي لا يفلح العلاج الجسمي الطويل وحده في شفائها شفاءاً تاماً لاستمرار الاضطراب الانفعالي وعدم علاج أسبابه إلي جانب العلاج الجسمي".

والاضطراب السيكوسوماتي يحث نتيجة اضطراب شديد أو مزمن في توازن هيموستازي في (**الكيمياء** الفسيولوجية **للجسم نتيجة لضغط سيكولوجي**)(**محمد جاسم ، ٢٠٠٩ ، ٢١٥**).

ونتناول فيما يلي أهم أنواع الأمراض السيكوسوماتية:

أمراض الجهاز الدوري

فرط ضغط الدم Hypertension

يمكن تفسير الارتفاع في ضغط الدم علي أساس أن الشرايين تقوم بتنظيم الضغط وكمية الدم عن طريق التمدد والتقلص المنتظم مع نبضات القلب ، فإذا ما فقدت هذه الشرايين مرونتها لأي سبب من الأسباب عندها تزيد مقاومة الشرايين لمرور الدم فيرتفع ضغط الدم ، ولذلك فإن مقاومة جدران الشرايين لمرور الدم يعتبر عاملاً هاماً لمعرفة مستوي ضغط الدم والسيطرة عليه ، وهناك نوعان من الضغط يتم قياسهما الضغط الانقباضي ، ويقاس عندما ينقبض القلب أثناء عملية الضخ والضغط الانبساطي ويقاس عند استرخاء القلب لاستقبال الدم القادم من الجسم(**فوقية حسن ، ٢٠٠٦ ، ٦٨-٦٩**) وضغط الدم ١٤٠/٩٠ يعرف بأنه الخط الفاصل لضغط الدم ، في حين يدل الضغط ١٦٠/٩٠ علي ضغط دم مرتفع (**محمد السيد ، ٢٠٠٠- ب ٢٧٦**).

يعزي ارتفاع ضغط الدم إلي التوتر المفرط والمستمر لدي الإنسان ، وذلك مع زيادة وطأة التوتر والقلق في حياتنا العصرية ، وسوء التغذية وتلوث البيئة ومشكلات الحياة المتنوعة ، وإلي الوراثة ، والإفراط في تناول الأملاح وزيادة الوزن والتوتر والكبت والقلق ، والإدمان ، واستخدام حبوب منع الحمل (**فوقية حسن ٢٠٠٦ ، ٧١-٧٢**).

فعند الخوف أو الفرح أو القلق أو غيرها من ردود الفعل العاطفية تؤثر أفعال الوقاية العكسية (الدفاع) علي قابلية الإثارة لدي الجهاز العصبي السمبثاوي أي ذلك الجهاز الذي ينظم بصورة أساسية عمل الأعضاء الداخلية ، ويقترن هذا بإفراز بعض الهرمونات وبالأخص هرمونات الطبقة المخية للغدة الكظرية مما يؤدي إلي انقباض الأوعية الدموية الدقيقة لبعض الأعضاء (**وبالأخص الكلية**) والي ارتفاع ضغط الدم وتنشيط عمل القلب (**محمود السيد ، ١٩٩٤ ٢٤٦**).

ويؤثر ضغط الدم المرتفع علي حوالي ١.٥٪ من أي مجتمع ، وينتشر بين الرجال بمعدل أكبر من انتشاره بين النساء ، وبين المستويات الاقتصادية الاجتماعية المنخفضة عنه بين المستويات المرتفعة(**محمد السيد ، ٢٠٠٠-ب ٢٧٩**).

مرض الشريان التاجي Coronary Heart Disease

الشريان التاجي أو مرض القلب مصطلح طبي يستخدم للدلالة علي عده اضطرابات : انسداد التاجي (انسداد الأوعية) (هبوط القلب) والذبحة الصدرية (ألام حادة في الصدر تحدث بعد المجهود البدني أو الضغوط الانفعالية ، ويشير سوين ، ١٩٧٩ إلي أنه علي الرغم من أن الشريان التاجي قد عرف منذ زمن طويل بأنه مرض طبي متميز، إلا أن من الباحثين من يري وجود عوامل نفسية ويؤكد دقة الخط الفاصل بين المؤثرات الجسمية والمؤثرات النفسية(في: **حسن مصطفي ، ٢٠٠٣-ب ، ٩٣**).

اضطراب معدل ضربات القلب Cardic Rate Disorders

اضطراب معدل ضربات القلب قد يكون بالزيادة أو النقص أو عدم الانتظام ، وقد تحدث بسبب القلق والتوتر ، وقد تؤدي أيضاً للقلق والتوتر للمريض الذي يبالغ في وعيه بقوة ضربات قلبه وسرعتها وعدم انتظامها ، والمراقبة المتزايدة لدي انتظام ضربات القلب بفعل وجود مرض مزمن فيه نتيجة للقلق والاضطرابات الانفعالية ، كما يؤدي حدوث فقر الدم والأزمات الربوية إلي حدوث هذا الاضطراب(**محمد محروس ، محمد السيد ، ١٩٩٨ ، ٤٠٩**).

الذبحة الصدرية Angina Pectoris

تعمل عضلة القلب كمضخة لتوصيل الدم إلي جميع أنحاء الجسم ، وتحصل عضلة القلب علي ما تحتاجه من طاقة وأوكسجين لأداء تلك المهمة عن طريق الدم الذي يصلها عن طريق الشرايين التي تغذيها ، وعددها ثلاثة تسمي بالشرايين الإكلينيكية أو التاجية ، والذبحة الصدرية هي الأعراض التي تحدث للمريض عند نقصان الدم الساري في الشرايين التاجية المغذية لعضلات القلب ، والناتج عن عدم التوازن بين استهلاك القلب للغذاء ونسبة وصول الغذاء إليه ، وهي في الغالب تكون نتيجة تصلب وضيق الشرايين التاجية مما يمنع وصول الدم بصورة كافية ، وأحياناً يكون السبب زيادة كبيرة في حاجة القلب للغذاء(**الأوكسجين**) بالرغم من كفاءة الشرايين التاجية مثل حالات تضخم القلب نتيجة لارتفاع الضغط أو اعتلال عضلي(**فوقية حسن ، ٢٠٠٦ ، ٩٤**).

وفي دراسة قام بها الصاوي حبيب وسيد صبحي ١٩٧٩ عن الظروف التي أحاطت ببعض الحالات التي أصيبت بالذبحة الصدرية فقد كانت ظروف الإصابة تجمع بين موقف قبلي وموقف بعدي ، أي أن هناك مجموعة من الملابسات التي هيئت الفرد للإصابة وكانت : شعور الفرد بحالة من القلق والتوتر بالنسبة لتصوره للمستقبل ، ومدي

حرص كل منهم علي أن يكون شخصاً مرموقاً يحظي بمكانة اجتماعية ، وتطلع إلي الانجازات العالية ، في الوقت الذي يفتقر فيه إلي الإمكانات ، الإحساس بضغط العمل وعدم تحقيق التوافق مع الزملاء ، وضغط الإطار الأسري . كما برهنت الدراسة علي ضرورة الاهتمام بالظروف الأسرية المزاملة للإصابة بالذبحة الصدرية وهي : وفاة الزوج أو الزوجة المفاجئ ، حدوث طلاق ، الفصل التعسفي ، الإفلاس ، وفاة صديق عزيز ، توقع الأذى من الآخرين ، التعرض لمازق مادي (في : **سيد صبحي** ، ٢٠٠٣ ،٢٥٥-٢٥٧).

أمراض الجهاز التنفسي

الربو الشعبي Bronchial Asthma

الربو الشعبي هو مرض يهاجم جهاز التنفس ، ويتميز بأعراض يعانيها المريض كضيق التنفس واللهث ، والسعال والإحساس بالحشرجة في الصدر والبلغم ، والفرد الذي يتعرض للقلق لشكل من أشكال التوتر العضلي ، ويأتي التوتر فيهاجم أضعف نقطة مقاومة في الجسم فتثار مادة الهستامين في الجسم تحت ضغط الزخم الانفعالي وتعتبر بمثابة (بكتريا الربو)(عطا الله ،٢٠٠٨ ، ٩٧).

وترجع أسبابه إلي العوامل الوراثية حيث أن حدوث الربو في الأسرة التي يكون بعض أعضائها مصابين به يبدو مرتفعاً نسبياً مقارنة بمجموعات مماثلة من المرضي غير المصابين بالربو ، والحساسية فحوالي نصف المصابين بالربو الشعبي يعزي المرض خارجياً إلي مواد معينة مثيرة للحساسية في الجهاز التنفسي التي تؤدي إلي التهاب شعبي حاد ، والعوامل النفسية تعتبر العامل السائد في ٣٧٪ من حالات الإصابة بالربو وعامل مساعد بنسبة ٣٣٪ ومنه الإحباط ، والقلق والميول العدوانية ، والضغوط النفسية(**حسن مصطفي** ، ٢٠٠٣ -ب ، ٣٨٩-٣٩١).

أعراض فرط التهوية Hyperventilation

يشير كل من ستينهور ورو-جرانت Steinhauer & Rae-Grant , 1977 إلي أن حوالي ٥٪ من الحالات المترددة علي قسم الطوارئ يظهر لديهم أعراض الإفراط في التهوية ، أي يكون الفرد في حاجة كبيرة لاستنشاق الهواء ، ويشعر المريض بأن كمية الأكسجين الداخلة في عملية الشهيق غير كافية لمتطلباته ، ولذلك غالباً ما يكون الفرد عصبياً لديه توتر عالي أثناء التنفس ، وقد يتورد وجهه أو يصل إلي الزرقة ، وإذا استمرت أعراض فرط التهوية لفترة ممتدة يشكو المريض من وخز خفيف بالأصابع ومقدمة القدم (**في: حسن مصطفي** ، ٢٠٠٣ -ب ، ٦٣).

أمراض الجهاز الهضمي

قرحة المعدة Gastric Ulcer

هي عبارة عن التهاب أو خلل في أحد المجاري في جدار المعدة أو الجزء العلوي من الأمعاء الدقيقة ، نتيجة لزيادة نشاط المعدة وزيادة الإفرازات فيها و في الظروف العادية فإن المعدة لا تعمل إلا عندما يكون هناك وجبة تناولها الإنسان وعلي المعدة أن تعمل علي هضمها ، ولكن في بعض الظروف الانفعالية تظل إفرازات الأحماض تنصب في المعدة ، وهذه الأحماض تؤدي في النهاية إلي حدوث فجوات ملتهبة في جدران المعدة كنتيجة للضغط والآلام النفسية ، وقد تصبح خطيرة وتقود إلي درجة حدوث نزيف داخلي في المعدة (عطا الله ،٢٠٠٨ ، ٥-٩٦).

ويتميز مريض قرحة المعدة بشعور الغيرة الشديدة ، والسعي بشراهة نحو اهتمام الآخرين به ، ويعزو ذلك إلي سببين هما: العوامل السيكولوجية الانفعالية ، وفوضي التغذية والإكثار من الطعام ، وكلاهما مؤشران سيكولوجيان لحالات انفعالية تفرضان علي المعدة عملاً مضاعفاً ومرهقاً عن الأحوال العادية من شأنه مضاعفة إفراز الأحماض التي تؤدي إلي القرحة المعدية (زينب شقير ٢٠٠٥ ، ٢٩٠).

التهاب القولون المخاطي Mucous Colitis

وهي حالة من اضطراب الجهاز الهضمي تتميز بسوء الهضم والإمساك وإفراز قطع مخاطية وأحياناً غشائية من القولون ، بالإضافة إلي أعراض أخري من اضطراب الجهاز الهضمي ، ويقترن هذا الاضطراب بتوفر حالة من القلق النفسي في شخصية تتميز بالحساسية ، والوجدان والشعور بالإثم ، والحرص والتقيد بالمثل ، والحنق بسبب الفشل في تحقيق الأهداف والمثل(علي كمال ١٩٨٨-أ ، ٣٩٧).

التهاب القولون Colitis

أعراض القولون العصبي :

١- أعراض عامة ناشئة عن القلق النفسي مثل الرغبة في القيء ، وفقدان الشهية ، والإحساس بالخمول أو الإرهاق الجسدي ، وبصعوبة التنفس أو الإحساس بقوة نبضات القلب والصداع المزمن.

٢- **أعراض هضمية ناشئة عن تقلصات القولون** : مثل الشعور بآلام أو مغص في أي مكان في البطن وخاصة علي أحد الجانبين أو أسفل البطن ، وعادة ما يحدث إما إمساك أو إسهال ولكنهما قد يتبادلان الحدوث بالتناوب وأخطر ما في القولون العصبي القلق (**دار الهلال ، ١٩٨٣-أ ، ٨٣**).

الإمساك المزمن Functional Constipation

الإمساك هو الاحتفاظ بالمواد البرازية في آخر الأمعاء الغلاظ وقتاً أكثر من المعتاد ، تزداد معه هذه المواد صلابة وتمر بصعوبة عند التبرز ، ويتبرز الشخص العادي مرة في كل يوم ، كما أنه قد يكون عادياً في البعض أن يتبرز مرة في كل يومين أو مرتين في كل يوم (**دار الهلال ، ١٩٨٣-أ ، ١٠٦**).

الإمساك الوظيفي عبارة عن قيض مزمن أو كسل الأمعاء ، وهو علة تصيب الصغار والكبار ويتمثل في عجز الأمعاء عن تفريغ البراز بصورة منتظمة لذلك فإن أي اضطراب في تفريغ فضلات الجسم أو أي تأخر فيها يؤدي إلي إصابة الجسم بأضرار صحية جسيمة. ويعد الإمساك الوظيفي اضطراباً سيكوسوماتياً حيث أن القلق والتوتر يؤديان إلي ضيق سعة الأمعاء بفعل تأثير العصب البارسمبثاوي ، وهذا يؤدي إلي طول مدة بقاء البراز داخل الأمعاء أياماً عديدة (**حسن مصطفي ، ٢٠٠٣ - ب ، ٤٢**).

الإسهال المزمن

الإسهال علامة اضطراب في عملية الانتقال المعوي ، والإسهال كلمة مشتقة من كلمة يونانية قديمة تعني الانسكاب ، ومن خصائص الإسهال أن البراز يكون سائلاً أو نصف سائل. يحدث الإسهال نتيجة تصاعد حركات التقلص الأمعائي وبالتالي تزايد سرعة الإخراج ، وانخفاض درجة امتصاص الجزء السائل من الفائض بواسطة جدران الأمعاء الغليظة حيث لا يمكث بها الغائط إلا زمناً قصيراً للغاية بسبب تزايد سرعة الإخراج ، وتزايد إفراز السائل المعوي المخاطي الذي يستثار في حالة استمرار الالتهاب الحاد(**دار الهلال ، ١٩٨٣-أ ، ٩٧**).

أمراض الجهاز الغددي

مرض السكر Diabetes

اضطراب يصيب الفرد في أي مرحلة عمرية بحيث تقل استفادة الجسم من مصدر الطاقة المتمثلة في السكر مما يؤدي إلي مشكلات في هضم المواد الكربوهيدراتية والبروتينية والدهنية. ويمكن الكشف المبكر عن الإصابة عند شكوى المريض من حدوث جفاف في الحلق أو شعور بالدوران والغثيان ، وللتحقق من صحة الإصابة فإنه لابد من إجراء الفحوص المخبرية للبول والدم (**يوسف القريوتي وآخرون ، ١٩٩٨ ، ٣٢١**).

والفرد يتأثر إلي حد كبير بدرجة التوازن في هذه الوظائف جميعها ، لأن أي اضطراب في أي منها يُعتبر تنبيهاً بالخطر قد يثير الجهاز العصبي اللاإرادي عن طريق مراكز الباراسمبثاوي في الهيبوثلاموس ، وذلك قد يخلق حالة من التوتر والضيق والقلق ، كما أن اضطراب وظيفة الجهاز العصبي بالتالي قد تخل بهذه العملية التوازنية ، وتزيد من حدة الشعور بالآلام الجسمية التي قد تفوق قدرة الفرد علي تحمل الإحباط ، وتكون النتيجة تعميق الإحساس بالقلق ، ويبدو دور اضطراب الاتزان العضوي في القلق وأثره المتبادل في خلق حالة الخلل في مستوي السكر في الدم(**زينب شقير،٢٠٠٥ ، ٢٩٤ - ٢٩٥**).

وترتفع درجات السكر عندما يكون الفرد كذلك مكتئباً. والسكر لدي الراشدين والذي يتطور إلي حالة إغماء يكون بدرجة خطيرة يعزي إلي الاضطراب الانفعالي(Okasha , 1977 , 393)

البدانة (السمنة المفرطة) Obesity

تعتبر البدانة المفرطة من أمراض العصر ، ويربط علماء التحليل النفسي بين هذا الاضطراب والمرحلة الفمية التي تمتد من الولادة حتى الثانية من العمر حيث يدرك الطفل عالمه الخارجي من خلال فمه الذي هو مصدر اللذة والحياة فالإرضاء الفمي هو رمز الحب والحنان والاهتمام به (**محمد قاسم ، ٢٠٠٤ ، ٣٣٩**).

زيادة نشاط الغدة الدرقية Hyperthyroidism

في الإنسان التام النمو تكون هرمونات الدرقية مسئولة عن استدامة استقرار عمليات أيض الغذاء عن طريق تنظيم الأكسجين المتاح ، ووزن الجسم وأيض الخلية ، والغدة الدرقية تقع تحت التحكم التنظيمي للفص الأمامي للنخامية ، وبالتالي فهي تعتبر مثل نموذجي لفسيولوجيا الإفراز الداخلي بالإضافة إلي ذلك ، فالوظائف الفسيولوجية

لهرمونات الدرقية يتم تنظيمها عن طريق مجموعة متخصصة من الآليات خارج نطاق الغدة الدرقية ، وهذه الآليات ليست تحت التحكم التنظيمي للهيبوثالامس أو النخامية ، ومن الناحية الوراثية فالغدة الدرقية مبرمجة وراثياً بحيث تنظم عمليات أيض الغذاء (مدحت حسين ، ٢٠٠٢، ١٩٢) ومن أهم أسباب فرط نشاط إفرازات الغدة الدرقية هو القلق والاضطراب الانفعالي.

أمراض الجهاز البولي

أهم اضطرابات الجهاز البولي:

احتباس البول Retention of Urine وهو حصر البول وصعوبة التبول كثرة مرات التبول بزيادة ملحوظة عن المعتاد.

سلس البول Enuresis وهو التبول اللاإرادي أثناء النوم أو أثناء اليقظة(حامد زهران ، ٢٠٠٥ ، ٤٧٧).

أمراض الجهاز العضلي

ألام الظهر Lumbago

الألم في الظهر كعارض مستقل ، أو كجزء من مجموعة أخري من الأعراض كثير الوقوع بين المرضي ، ولما كانت التحريات المرضية لا تثبت وجود آفة عضوية موضعية في نسبة كبيرة من المرضي ، فقد وجهت هذه الحقيقة الانتباه إلي ملاحظة العلاقة بين مثل هذه الحالات وبين الانفعالات العاطفية ، ومع أن العمود الفقري بكامله قد يصبح مركزاً للألم الظهري ، إلا أن الجزء الأسفل منه هو الأكثر تأثراً بالاضطرابات النفسية ، وقد يرد ذلك إلي أن الجزء الأسفل من الظهر هو الأكثر تحملاً للجهد من أية منطقة أخري في الظهر ، والأكثر تعرضاً للأذى مما يجعله منطقة ضعف في الجسم ويسهل اختياره للتعبير عن المشاكل النفسية في بعض المرضي (علي كمال ، ١٩٨٨-أ ، ٤٠١-٤٠٢).

وتعزي ألام الظهر إلي وجود تشوهات خلقية أو مكتسبة في العمود الفقري التهاب عظام الفقرات ، أورام العمود الفقري بكسر أو خلع أو التواء بالفقرات وجود أورام خلف الغشاء البريتوني في تجويف البطن ، وألام الظهر الناتجة عن أسباب نفسية(عبد اللطيف موسي ، ١٩٨٥ ، ٦٤) وجود قرح ، أو خراريج إصابة عضلات الظهر بالروماتزم نتيجة للتعرض لتيار هوائي لفترة طويلة ، إصابة العمود الفقري بالروماتزم ، الالتهاب السحائي "الحمى المخية الشوكية" وأورام الأغشية السحائية المحيطة بالحبل

الشوكي. التهاب الحبل الشوكي أو إصابته أو انضغاطة بالأورام (دار الهلال ،١٩٨٣-ب ، ٧٢-٧٣).

التهاب المفاصل الروماتزمي Rheumatoid Arthritis

التهاب المفاصل المزمن معروف منذ القدم ، وهو مرض غالباً ما يصيب الكبار عندما يجف السائل الموجود بين عظمتي المفصل ، هذا السائل هو الذي يؤدي إلي تلين حركة المفصل ، ولذلك فعندما يجف تحدث الالتهابات وتتورم الغضاريف ويحدث الروماتيزم بآلامه المعروفة ، غير أن التهاب المفاصل الروماتيزمي كأحد الأمراض السيكوسوماتية قد يصاب به الناس في كل الأعمار بل حتى الشباب منهم مرتبطاً باضطراب في تنظيم الشخصية ، ويستثار بالضغوط البيئية والاحباطات التي تثير القلق (حسن مصطفي ،٢٠٠٣ - ب ، ١٣٦).

صداع التوتر العضلي

ويسمي أيضاً بالصداع الروماتزمي ، أو التوتري . وهو نوع كثير الانتشار من الصداع لا نحس فيه نبض الشرايين ، وقد يكون مؤقتاً أو متقطعاً ، ويستمر ساعات ، أو أياماً ، أو أسابيع . ومرضي الصداع النصفي يصابون بين نوبتهم بنوبات صداع التوتر العضلي ، وبعض الأشخاص الذين يعانون من توتر طويل في عضلات الرأس والكتفين والرقبة والوجه في مواجهة القلق والاكتئاب وضغوط البيئة ، يشعرون بالصداع المقترن بالتوتر والأرق ، لاسيما في أوقات الإجهاد ، حيث يشير المريض إلي مؤخرة الرأس وأعلي الرقبة من الجانبين ، ويصف الصداع بأنه ألم مستمر ، ضغط متواصل ، كأن حلقة ضيقة تخنقه من الخلف ، وقد نحس عضلاته أثناء الفحص مشدودة في منطقة الرقبة والرأس والوجه ، وقد توجد نقط مؤلمة وقد يجد صعوبة في تحريك رقبته(دار الهلال ، ١٩٨٣-ب ، ١٢١-١٢٢).

أمراض الجلد

يقوم الجلد بوظائف عدة تشمل:

١- حماية الجسم من تبخر الماء والسوائل الداخلية بسرعة حتى لا يختل ميزان الماء في الجسم وتتعرض الأنسجة للجفاف.

٢- حماية الجسم من الجراثيم الضارة التي تهاجم سطحه.

٣- الإحساس: تحتوي أدمة الجلد علي أنواع مختلفة من المستقبلات الحسية ويؤدي تنشيط تلك المستقبلات للشعور بأحاسيس مختلفة مثل : الإحساس باللمس

والضغط المستمر، الإحساس بالبرودة، الإحساس بالدفء، الإحساس بالألم (**محمد ماني، ١٩٨٧، ٢٠**).

ارتيكاريا Urticaria

تُعتبر الارتكاريا من أعراض الحساسية الشائعة. ويظهر الطفح الجلدي في هذه الحالة علي هيئة تورمات حمراء محددة تسمي درنات في مناطق عدة بالجسم مع حكة شديدة. ويتميز هذا الطفح بسرعة الظهور وسرعة الاختفاء ليحل محله طفح مماثل في أماكن أخري من الجسم. ويتراوح حجم هذه الدرنات من صغيرة جداً يبلغ قطرها نصف سنتيمتر أو أصغر إلي أكبر من راحة اليد وقد يصيب الطفح الأغشية المخاطية للفم والحنجرة والمعدة والأمعاء، وفي هذه الأحوال تحدث أعراض تبعاً للجزء المصاب مثل صعوبة البلع وضيق التنفس قد يصل إلي حد الاختناق وألم ومغص وقيء (**أبو بكر شريف، ١٩٨٧، ٥٦**).

والارتكاريا صورة من صور الاضطرابات الجلدية الناتجة عن عوامل سيكولوجية أعراضها **تشمل**: بثور ملتهبة منتشرة علي أجزاء متعددة من الجسم تكون مصحوبة بهرش شديد وحكة جلدية، ويكون هيجان هذه البثور مفاجئاً وعاماً، وتظل الحالة لعدة ساعات (**حسن مصطفي، ٢٠٠٣ - ب، ١٢٠**).

حب الشباب Acne Vulgaris

يسمي عادة بثور المراهقة يصيب الشباب من الجنسين غالباً في أعقاب البلوغ ويعزي أحياناً لزيادة إفراز الغدة الجنسية، وهو عبارة عن التهاب مزمن في بصيلات الشعر والغدد الدهنية المصاحبة لها، ويصيب الوجه والصدر والظهر واليدين، ويرجع إلي أن بصيلة الشعر تسد بإفرازات لزجة، ولكن إفرازات الغدد الدهنية تستمر، وبتأثير البكتريا التي تعيش علي الجلد تتحول هذه الإفرازات إلي صديد، وتكسر الدهون إلي أحماض دهنية فتلتهب المنطقة المجاورة من الجلد (**حسن مصطفي، ٢٠٠٣ - ب، ١٢٠**).

معدلات انتشار الأمراض السيكوسوماتية لدي العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة نستطيع أن نقدر مدي انتشار الأمراض السيكوسوماتية بيد أن التقديرات تختلف فيما بينها اختلافاً واسعاً، فالتقارير إلي يقدمها المسؤلون في مستشفيات الأمراض العقلية تشير بصفة عامة إلي أن ما بين ٤٠٪ إلي ٦٠٪ من المرضي الذين يترددون علي الأطباء في كل أنواع المرض يعانون من اضطراب سيكوسوماتي (**كوفيل وآخرون**، ١٩٨٦، ١٣٥ - ١٣٦) وانتهت نتائج دراسة ديكر وآخرون (Dekker et al.,

(2002 إلي أن نسبة ٩.٨٪ من عينة دراستهم يعانون من الأعراض السيكوسوماتية ، و١٣.٧٪ لديهم مشكلات اجتماعية.

تنتشر الأمراض السيكوسوماتية لدي المعوقين انتشاراً واسعاً فعلي سبيل المثال تشير نتائج دراسة مارجليت ورافف(Margalit & Raviv , 1984) إلي أن الأفراد ذوي صعوبات التعلم يبدون درجات مرتفعة من التعب والإعياء ، والصداع والأوجاع في المعدة. وأسفرت نتائج دراسة بورتر (Porter &Rourke , 1985) عن أن معدلات انتشار الأمراض السيكوسوماتية لدي ذوي صعوبات التعلم تبلغ نسبتها ١٠٪.

وانتهت نتائج دراسة أريكسون - مانجلود وكارلسون (Eriksson-Mangold &Carlsson , 1991) إلي وجود علاقة دالة بين الإعاقة السمعية وحدوث الأمراض السيكوسوماتية.

أعراض الأمراض السيكوسوماتية

- شكوى الشخص المتكررة من أعراض جسمية متعددة ، ومتنوعة وغير ثابتة الشدة وغير مستمرة.
- وجود ما يشير إلي منشئها النفسي لارتباطها الوثيق بحوادث الحياة أو بمصائب مزعجة أو بصراعات نفسية لدي الشخص .

وهذه الأعراض المتعددة غالباً لا تكون مجتمعة معاً في وقت واحد بل تتغير وتتبدل مع الزمن فيختفي بعضها لتظهر أعراض أخري بديلة وهكذا ، كما أن شدتها تخف أحياناً وتشتد أحياناً أخري ، وإذا كان هناك أي من الأمراض الجسمية العضوية مرافقاً أو متزامناً مع وجود الأعراض النفسانية الجسمية الشكل فإنه لابد من التأكد من أن هذه الأمراض العضوية المرافقة لا تُفسر طبيعة أو شدة الأعراض النفسانية الجسمية الشكل أو درجة انزعاج أو ضيق الشخص منها(**محمد أحمد** ، ٢٠٠٦ ، ٥٦) .

تشخيص الأمراض السيكوسوماتية

وهناك معايير لتمييز الأمراض السيكوسوماتية يشير إليها هاليداي Halliday هي :

١- وجود اضطراب انفعالي كعامل مهيئ.

٢- بعض الحالات تكون مرتبطة بنمط شخصية محدد.

٣- هناك تفاوت مميز في حدوث النوع في العديد من الحالات.

٤- الحالات المختلفة تكون مرتبطة ، ومن الممكن أن توجد معاً بالتناوب .

٥- هناك غالباً تاريخ أسري لنفس الاضطراب(in :Okasha , 1977 , 380)

وهناك فروق بين الهستريا والأمراض السيكوسوماتية في أن الأولي تصيب الأعضاء التي تسيطر عليها الجهاز العصبي المركزي بينما الثانية تصيب الأعضاء التي يسيطر عليها الجهاز العصبي الذاتي ، وفي الأولي الأعراض عبارة عن تعبيرات رمزية مباشرة عن دوافع مكبوتة ، وفي الثانية الأعراض عبارة عن نتائج مباشرة لاضطرابات انفعالية تخل بالتوازن العصبي الذاتي ، وفي الأولي لا يكترث الهستيري باضطرابه ، وفي الثانية يكترث بمرضه كثيراً (**محمد قاسم ، ٢٠٠٤ ، ٣٣٤**).

أسباب الأمراض السيكوسوماتية

تتعد هذه الأسباب وتتنوع تبعاً لنوعية الاضطراب علي النحو التالي :

١- **العوامل النفسية الاجتماعية**: تلعب هذه العوامل دوراً هاماً في نشأة هذا الاضطرابات حيث الضغوط البيئية ،والضغوط النفسية الناتجة عن الإجهاد والتوتر.

٢- **عوامل أخري** : فقد أشار بعض الباحثين إلي دور الوراثة من حيث أنها تهيئ الفرد للإصابة بالصداع النصفي ، وحب الشباب فقد وجد أوستفيلد Ostfeld وجود أعداد كبيرة من المصابين بالصداع النصفي في الأسر التي يكون فيه الوالدان أو أحدهما مصاباً بهذا المرض . كذلك دور التنشئة الاجتماعية فإن الطفل الفاقد للعطف والحنان يريد أن يحصل عليهما من خلال الإصابة بالارتكاريا (**محمد عودة ، كمال مرسي ، ١٩٩٤، ٢١١-٢١٢**).

علاج الأمراض السيكوسوماتية

١- **العلاج الطبي** : لعلاج الأعراض الجسمية ففي حالة قرحة المعدة يتبع المريض نظاماً معيناً للأكل بتناول الأدوية اللازمة ، وفي حالة البدانة يستعان بالأدوية المنظمة وتنظيم الغذاء وتستخدم المسكنات والمهدئات للتخلص من التوتر والقلق ومن أهمها (**كلوربرومازين ، ليبريوم ، فاليوم**).

٢- **العلاج البيئي** : لتخفيف الضغوط علي المريض في الأسرة والعمل والجماعة ولتحسين حياة المريض بتعديل ظروفها ويستخدم العلاج بالعمل.

٣- الإرشاد النفسي للمريض والأسرة وإرشاد الأزواج (**حامد زهران ، ٢٠٠٥ ، ٤٧٩**).

٤- **العلاج الاجتماعي**: وهو يتضمن تصحيح ظروف المريض الحياتية الاجتماعية والتي من شأنها أن تعوق أو تمنع حسن توافقه .

بعض المشكلات النفسية

اضطرابات الأكل Disorders of Eating

التغذية أو الأكل عملية حيوية بالنسبة للطفل في سنواته المبكرة ، نظراً لأنها تلبي حاجاته الأساسية ، ولكونها نشاطاً من أجل البقاء ، ولتكرارها مرات عديدة كل يوم ولارتباطها في ذهن الطفل بالأم وما يصاحبها من انفعالات . وهي تجربة حسية واجتماعية وعاطفية ومصدر تعلم أيضاً ، وهي مرتبطة إلي حد كبير بجوهر إحساس الطفل بالسعادة(**حسن مصطفي ،٢٠٠٣- ب ، ٣٧**) .

تعريف اضطرابات الأكل Definition of Eating Disorders

توصف اضطرابات الأكل بوجود اضطرابات حادة في سلوك الأكل ، ويبذل الفرد جهود غير سوية أو غير صحية للتحكم السوي في وزن الجسم مع وجود اتجاهات غير سوية نحو وزن الجسم وشكله.

وتعرف اضطرابات الأكل بأنها : اضطراب في سلوك تناول الطعام ، وعدم الانتظام في تناول الوجبات ، ما بين الامتناع القهري عن تناول الطعام ، أو التكرار القهري لتناول الطعام في غير مواعيده ، وبكميات تزيد عما يتطلبه النمو الطبيعي للفرد ، وقد يصاحبه محاولة من الفرد للتخلص من الطعام الزائد (**زينب شقير،٢٠٠٢،١٤**) .

ونتناول فيما يلي بعض أنواع اضطرابات الأكل :

أولاً :فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa

عرف فقدان الشهية العصبي بأنه : رفض لا شعوري للأكل باستثناء تناول كميات ضئيلة في صورة سوائل ، مما يؤدي إلى نقص في وزن الجسم ، والخوف الشديد من زيادة الوزن ، وتتوقف الدورة الشهرية لدى الفتيات ، وتضطرب صورة الجسم ، ويتخلل هذا الامتناع عن الأكل بعض نوبات الشره للطعام (**زينب شقير ٢٠٠٢، ١٠٦**).

تصنيف فقدان الشهية العصبي

١- فقدان الشهية العضوي والذي يرجع إلي أسباب عضوية في المقام الأول (**مثل أمراض سرطان المعدة – القولون**) أو التهاب الكبد الوبائي.

٢- **فقدان الشهية العصبي** : ويعرف بأنه رفض الفرد للطعام ، أو التقيؤ بعد الأكل مباشرة ، مما يتسبب عنه انخفاض ملحوظ في وزن الجسم ، ويسمي أحياناً بالتجويع

الذاتي المرضي Abnormal Self-Starvation . ولذلك يمكن أن نجمل الاضطرابات الأساسية في فقدان الشهية العصبي بأنها تشمل :

(أ) الشهية.

(ب) سلوك الأكل .

(جـ) صورة الجسم (**أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ، ٣٢-٣٣**).

معدلات انتشار فقدان الشهية العصبية

يقدر نقص الوزن لدي الأفراد الذين يعانون من اضطراب فقدان الشهية العصبي بين ١٠٪ إلي ٥٠٪ وأنهم يتميزون بفقدان أوزانهم الأصلية ، ويقدر نقص الوزن لدي هؤلاء المرضي بأنه قد يصل إلي ١٥٪ علي الأقل من وزنهم الأصلي (**أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ، ٣٢-٣٣**).

وانتهت نتائج دراسة هوك(Hoek, 1993) **إلي أن** معدلات انتشار فقدان الشهية العصبي في عينة من الأفراد تتراوح أعمارهم ما بين ١٣-٣٥ سنة كان ٠.٢٧ بينما أسفرت نتائج دراسة فوموبون (Fombonne , 1995) إلي أن معدلات انتشار هذا الاضطراب لعينة من الأفراد تراوحت أعمارهم ما بين ١٥ إلي ٢٠ سنة كانت ٠.١٨ (Herzog et al ., 1992).

ومعدلات انتشار فقدان الشهية العصبي تكون مرتفعة لدي الإناث عن الذكور ، والأعمار الأكثر شيوعاً في انتشار فقدان الشهية العصبي تكون في أواسط مرحلة المراهق ، وحوالي ٥٪ تكون في عمر العشرين ، وهي مرتبطة بالاكتئاب في ٦٥٪ من الحالات ، وبالفوبيا الاجتماعية في ٣٤٪ من الحالات ، وبالوسواس القهري في ٢٦٪ من الحالات (Sadock & Sadock , 2008 ,333).

وهذا الاضطراب متباين الشدة من مريض لأخر ، ففي بعض الأشخاص لا يستمر المرض إلا نوبة واحدة فقط ، وفي البعض الأخر يستمر المرض في التأرجح بين استعادة الوزن الطبيعي والانتكاس مرة أخري ، وقد يؤدي هذا التأرجح في تطور المرض إلي فترات من الإقامة بالمستشفيات ، ويوجد أقلية من المرضي لا يشفون أبداً (**محمد السيد ، ٢٠٠٠-ب ، ٢٢٩**).

أعراض فقدان الشهية العصبي

١- بعض مرضي فقدان الشهية العصبي يكون لديهم نوبات من الشره العصبي حيث يندفع الفرد في تناول كميات كبيرة من الطعام ثم يقيء بعدها.

٢- كثير منهم ينكرون أو يقللون من شدة اضطرابهم ، ويبدون غير مهتمين بالعلاج أو يقاومونه.

٣- أغلب المرضي يفضلون الأطعمة منخفضة السعرات الحرارية ويخفون بقايا وجباتهم.

٤- يتأخر بلوغ عديد من المراهقين المصابين بفقدان الشهية العصبي، كما تقل الرغبة الجنسية لدي الراشدين منهم(**حسن مصطفي، ٢٠٠٣ - ب، ٦١-٦٢**).

محكات تشخيص فقدان الشهية العصبي

١- فقدان الوزن : ويحدث نتيجة للانخفاض في تناول كميات الطعام المناسبة لكي ينهض الجسم وأعضاءه بوظائفه، ويفقد الفرد علي الأقل ١٠٪ من وزنه السابق.

٢- **انقطاع الحيض** : في حالة النساء ولمدة ثلاثة أشهر متواصلة علي الأقل وبشرط أن يكون دورة الحيض منتظمة قبل ذلك.

٣- عدم ظهور مؤشرات لاضطرابات أخري تعد سبباً أساسياً لفقدان الشهية (**خاصة أعراض الفصام، الاكتئاب الأساسي، أو بعض الأمراض العضوية**)(**أحمد عبد الخالق ١٩٩٧، ٤٢-٤٣**).

والتشخيص الفارقي لفقدان الشهية يكون معقد في ضوء إنكار المريض الأعراض والسرية المحاطة بطقوس الأكل الشاذة، ومقاومتهم للبحث عن العلاج. وعلي الإكلينيكيون أن يتحققوا من أن المريض لا يعاني مرض طبي يمكن أن يكون هو السبب في حدوث فقدان الوزن (**مثل السرطان، أو وجود أورام دماغية**). كما أن فقد الوزن، واضطرابات الأكل الشاذة، والتقيؤ من الممكن أن تحدث في الكثير من الأمراض النفسية. فهناك ملامح شائعة بين الاكتئاب وفقدان الشهية، وفي المرضي بالفصام فهم من النادر أن يشعرون بالخوف من أن يكونوا بدنيين (Sadock & Sadock , 2008 , 336). أحياناً يوجد سلوك قهري (**مثل غسل اليدين**) لدي العصابين بفقدان الشهية العصبي(**حسن مصطفي ٢٠٠٣ - ب، ٦٢**).

ثانياً : الشره العصبي Bulimia Nervosa

هو زملة تتميز بنوبات متكررة من الإفراط في الأكل، وانشغال شديد بالتحكم في وزن الجسم يؤدي بالمريض إلي نمط من الإفراط في الأكل، يليه قيء أو استخدام الملينات، ويشترك هذا الاضطراب في كثير من السمات النفسية مع فقدان الشهية العصبي بما فيها الاهتمام الشديد بشكل ووزن الجسم. ويعرف الأكل الشره بأنه أكل كمية كبيرة من الطعام تفوق بكثير ما اعتاد الأفراد الآخرون أن يأكلوه في ظروف مشابهة، وذلك في فترة زمنية قصيرة، وتشير الفترة القصيرة من الزمن إلي فترة محدودة تكون عادة أقل من ساعتين(**جمعة سيد، ٢٠٠٠ ١٠٣**).

هذا وتمثل صورة الجسم والقلق والاكتئاب بعض المظاهر النفسية الهامة لدي الفرد والتي قد يكون لها من التأثير السلبي علي الفرد في أن يعيش حالة من عدم التوافق أو في حالة من عدم السواء ، وقد يرجع اضطراب هذه المظاهر إلي تعرض الفرد لظروف غير عادية أو حتى لظروف مرضية ، ولوحظ أن الآباء المصابين بهذا الاضطراب يغلب عليهم البدانة ، كما لوحظ أن نوبات الاكتئاب الأساسي تكثر بين أقارب الدرجة الأولي للمصابين بالشره العصبي. ويتسبب الشره المرضي في حدوث خلل واضطراب في المظاهر النفسية للفرد والتي من بينها :

تشوه صورة الجسم ، والقلق النفسي ، والاكتئاب النفسي (**زينب شقير ٢٠٠٥** ، ٣٠١- ٣٠٢ ، **محمود حمودة** ، ١٩٩١ ، ٢١٠).

وهذا الاضطراب يعرض الإنسان لمشكلات في المعدة والأمعاء والحلق ، فضلاً عن الانشغال بهذه المشكلة يؤثر علي جودة انجاز المهام والتركيز فيها(**راضي الوقفي** ، ٢٠٠٣ ، ٣٢٧-٣٢٨).

معدلات انتشار الشره العصبي

وتبلغ معدلات انتشار اضطراب الشره العصبي في المتوسط ٠.٩ (Fairburn &Beglin , 1990) ومعدلات انتشاره لدي الإناث صغيرات السن يتراوح ما بين ٢ إلي ٤٪. ومعدلات الانتشار لدي الإناث أعلي مما وجدت لدي الذكور، ويبدأ غالباً متأخراً في المراهقة (Sadock & Sadock , 2008 , 338) وانتهت نتائج دراسة سميث وكريسي (Smith &Krici 1991) إلي أن ١٢.٨٪ من الذكور، و١٣٪ من الاناث يعانون من شره في تناول الطعام. ويصاب بها حوالي ٨٪ من المراهقين والطالبات في عمر الجامعة (**راضي الوقفي** ، ٢٠٠٣ ، ٣٢٧-٣٢٨).

أعراض الشره العصبي :

١- نوبات من الشره في التهام الطعام بصورة قهرية يعجز فيها المريض عن التحكم أو السيطرة علي نفسه.

٢- يعقب ذلك مجموعة من السلوكيات التعويضية غير المناسبة.

٣- حوالي نوبتان في الأسبوع لمدة علي الأقل تستمر ثلاثة شهور.

٤- الاضطراب لا يحدث فقط أثناء النوبات وإنما قبلها أو بعدها(**عبد الرحمن العيسوي** ، ٢٠٠٤ ، ١٤١).

تشخيص الشره العصبي

يشخص اضطراب الشره العصبي بناء علي المحكات التالية:

١- نوبات متكررة من حفلات الأكل الصاخب (التهام كميات كبيرة من الطعام في وقت قصير).

٢- شعور بنقص السيطرة علي سلوك النهم خلال حفلة الأكل.

٣- محاولة المحافظة علي الوزن بإحداث التقيؤ أو استخدام مدرات البول أو المسهلات أو إتباع نظام غذائي صارم، أو الصوم، أو أداء تمارين رياضية عنيفة.

٤- يكون الفرد قد أفرط في وجبتين من الطعام أسبوعياً علي الأقل ولمدة ثلاثة شهور.

٥- الانشغال الدائم بوزن الجسم(حسن مصطفي، ٢٠٠٣ -ب، ٦٧).

ويجب أن يتأكد الإكلينيكي أن المريض خالي من الاضطرابات العصبية مثل نوبات الصرع، وأورام الجهاز العصبي المركزي، أو متلازمة كلين-ليفين الدورية Kleine-Levin والتي تتكون من فرط النوم النفسي المنشأ (أو الإفراط في النوم) وتدوم لمدة أسبوعين أو ثلاث أسابيع، والشره العصبي تكون بدايته في الغالب أثناء فترة المراهقة، وحوالي ١٥٪ من مرضي الشره العصبي لديهم سلوكات اندفاعية مرضية، وإدمان المخدرات، ونقص القدرة علي ضبط أنفسهم في مواضيع مختلفة مثل التعامل بالنقود، والعلاقات الجنسية. وهم غالباً يتم تشخيصهم باضطرابات شخصية حدية:
(Sadock & Sadock , 2008 , 339-340)

ثالثاً: فساد الشهية (أكل مواد غير صالحة Pica)

هي حالة من اشتهاء مواد ليست من الأطعمة الإنسانية مثل الطين Geophasia والرمل والورق وغيرها مثل الدهانات والشعر والملابس.

والأطفال في عمر سنة ونصف لدي أغلبهم اشتهاء لتناول مواد غير مغذية وإن كان هناك ما لا يقل عن ٢٥٪ من الأطفال يستمرون في هذه العادة بعد ذلك ويبدأ كاضطراب في سن العامين وغالباً يختفي فيما بعد، وربما زادت النسبة كلما انخفض المستوى الاجتماعي لأسر هؤلاء.

معدلات انتشار فساد الشهية (أكل مواد غير صالحة)

ويقدر انتشار هذا الاضطراب ما بين ١٠٪ إلي ٣٢٪ بين الأطفال من سن سنة إلي ٦ سنوات، وعند الأطفال الذين تزيد أعمارهم عن ١٠ سنوات، وتشير التقارير إلي

انخفاض النسبة إلي ١٠٪ ، وعند الأطفال الكبار والمراهقين ذوي الذكاء العادي يقل انتشار هذا الاضطراب .

وتفيد التقارير إلي انتشار هذا الاضطراب بين أطفال المصحات والمراهقين من المتخلفين عقلياً بحوالي ما يقرب من ربع الأولاد الذين هم في سن المدرسة والمراهقين، كما يؤثر علي كل من الجنسين(**حسن مصطفي، ٢٠٠٣ - ب، ٧٤**).

معدلات انتشار اضطرابات الأكل لدي ذوي الاحتياجات الخاصة

معدل انتشار اضطرابات الأكل المقررة لدي الأسوياء تزيد عن ٤٪ للطلاب صغار السن والمراهقين (Sadock & Sadock , 2008 ,333).

تشير نتائج الدراسات إلي ارتفاع معدلات انتشار اضطرابات الأكل لدي المتخلفين عقلياً فقد أجريت دراسة دندفورد وهيوبر (Dandford & Huber , 1981) علي عينة من المراهقين والراشدين المتخلفين عقلياً بلغ قوامها (٩٩١) مقيمون بالمؤسسات(٥٪ خفيف الدرجة ، و٨٪ متوسط الدرجة ، و٢٦٪ شديد و٥٨٪ عميق الدرجة) أن ٤٢٪ يعانون من اضطرابات في الأكل مزمنة ، و٢٦٪ اشتهاء أطعمة شاذة . و٤٪ فقدان الشهية العصبي ، و٦٪ اضطرابات اجترارية.

أما دراسة كينل (Kinnell , 1985) فقد أُجريت علي عينة من الأطفال والراشدين المتخلفين عقلياً بلغ عددهم (١٤٠) ، (**١١٥مقيمون ،٢٥ يتلقون علاجهم من الخارج**) ٥٠٪ تخلف عقلي شديد الدرجة ، و٥٠٪ متلازمة داون ، و٥٠٪ طفل توحدي) وأسفرت نتائج الدراسة عن أن ٦٠٪ من التوحديين ، و٤٪ من متلازمة داون مصابون باشتهاء أطعمة شاذة.

أما دراسة كيننجهام وآخرون(Cunningham et al ., 1990) فقد أُجريت علي عينة من الراشدين المتخلفين عقلياً بلغ قوامها (٣٣٢) (٣٦٪ متوسطي الدرجة ، ٣٥٪ شديد الدرجة ، ٢٩٪ عميقي الدرجة) وأسفرت النتائج عن أن ١٩٪ من الذكور، و٥٪ من الإناث وزنهم أقل ، و٦٤٪ من الذكور، و٥٣٪من الإناث كانوا عادي الوزن ، و١٥٪ من الذكور، و٢٧٪ من الإناث كان وزنهم زائد ، و٢٪ من الذكور، و١٥٪ من الإناث يعانون من البدانة.

وانتهت نتائج دراسة رايس (Reiss , 1990) والتي أُجريت علي عينة بلغ عددها ٨٩ راشداً متخلفاً عقلياً (٤٦ خفيف الدرجة ، ٣٦ متوسط الدرجة ، ٧ شديد وعميق الدرجة) **إلي أن الراشدين المتخلفين عقليا يعانون من اضطرابات الأكل.**

أما دراسة دودلي(Dudley et al ., 1999) فقد خلصت نتائجها إلي أن ٤٪ من المتخلفين عقلياً لديهم اضطرابات اشتهاء أطعمة شاذة. وتعتبر Pica من أكثر اضطرابات الأكل شيوعاً بين المتخلفين عقلياً (Johnson et al ., 1995 ;King et al ., 2000, 2603)

وأجريت دراسة هيلس (Helse , 2004) علي عينة بلغ قوامها ٣١١ راشداً متخلفاً عقلياً ، وانتهت نتائجها إلي أن ٢٧٪ من الحالات تعاني من اضطرابات الأكل .

وبعض الراشدين المتخلفين عقلياً خفيفي ومتوسطي الدرجة يعانون من البدانة المفرطة ، لاسيما الإناث الأكبر سناً ، ومتلازمة داون والذين يعيشون في أوضاع مجتمعية(WHO, 1996 ; Rubin et al ., 1998 ; Fujiura et al ., 1997)

وانتهت نتائج دراسة **كوليتز وآخرون** (Collins et al. , 2003, 137-155) إلى أن التوحديين يجدون صعوبة في مهارات إطعام أنفسهم ، ومشاكل في المضغ والبلع.

وترتفع معدلات انتشار اضطرابات الأكل لدي المعوقين سمعياً فيشير دي لو وسانتونستوزو(De Leo & Santonastoso , 1989) إلي انتشار اضطرابات الأكل لدي المعوقين سمعياً. وانتهت نتائج دراسة هيلز(Hills et al ., 1991) إلي أن طلاب الجامعة من المعوقين سمعياً لديهم شره في تناول الطعام مقارنة بأقرانهم من طلاب الجامعة العاديين ، كما أن صورتهم عن أجسامهم مشوه .

أما المعوقين بصرياً فتشير نتائج دراسة فاندريكين (Vandereycken, 1986) إلي أن فقدان الشهية العصبي منتشر لدي الأفراد ذوي الإعاقة البصرية. بينما انتهت نتائج دراسة فاندريكي (Vandereycken , 1986) إلي وجود ارتباط دال بين فقدان الشهية العصبي وذوي الإعاقة البصرية.

ومن خلال دراسة (٥) نساء مكفوفات يعانين من فقدان الشهية العصبي واضطراب الشره العصبي ، فإن هؤلاء النسوة قد وصفوا أجسادهم بنبرات مشبعة بالعدوانية ، والانفصال ، ومشاعر البدانة(Van De Wege & Vandereydem , 1995) وربما يفسر ذلك بعدم الرضا عن صورة الجسم ، وصعوبة العلاقات مع الآخرين ، والدافع إلي النحافة ، وصعوبات في التواصل ، والمشكلات الأسرية واضطراب العلاقات بين الأشخاص .

ويعاني المضطربين كلامياً ولغوياً من اضطرابات الأكل فقد خلصت نتائج دراسة كاثرين وآخرون (Katherine et al.,2007) إلي وجود ارتباط دال بين اضطرابات الأكل واضطرابات اللغة .

أسباب اضطرابات الأكل

أولاً : العوامل البيولوجية Biological Factors

توصلت نتائج الأبحاث في هذا إلي :

- ✓ تشير بعض نتائج الدراسات إلى أن أقارب المصابين بالشره العصبي من الدرجة الأولى من أفراد العائلة أكثر عرضة للإصابة أيضاً بالشره العصبي (زينب شقير، ٢٠٠٢).
- ✓ إن مرضي فقدان الشهية العصبي كمثال ينتشر بمقدار ثماني مرات بين الأقارب المقربين للمرضي مقارنة إلي الجمهور العام.
- ✓ أن أخوات المرضي الذين اشتد لديهم فقدان الشهية العصبي نسبتهم ٦-١٠٪ كانوا يعانون من هذه الحالة ، وتقابل هذه النسبة نسبة ١-٢٪ الموجودة في الجمهور العام في العمر نفسه إلا أن تفسير هذه الزيادة قد يعود إما إلي بيئة الأسرة أو تأثيرات التوائم .
- ✓ أثبت الأبحاث وجود اضطراب أولي لوظيفة ما تحت المهاد ، إضافة إلي وجود شذوذ أولي في منطقتي ما تحت المهاد والنخامية ، وكذا في الغدد وعمليات الأيض ، ونواحي شذوذ كيميائي عصبية عديدة لحالات اضطراب فقدان الشهية العصبي (**أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ١٢٩-١٣٢**).
- ✓ وبعض الدراسات دعمت الافتراض القاضي بأن الناس المصابين بالشره العصبي لديهم نقص في نشاط السيروتونين في حين لم تجد دراسات أخري فروقاً ذات دلالة في مستوي السيروتونين بين الأفراد الذين يعانون من الشره العصبي وعينة ضابطة من الأسوياء(**محمد السيد ، ٢٠٠٠-ب ٢٤**).
- ✓ أو تعزي أسباب اضطرابات الأكل إلي الأنيميا الأموية ، وداء السكري والتشنج الحملي ، واحتشاء أو انسداد المشيمة ، والمشاكل القلبية الوليدية ومخاطر الولادة (Favaro , 2006) .

أسباب نفسية اجتماعية

تري النظرية السيكودينامية Psychodynamic Theory أن الشره محاولة **لإشباع حاجات لم تشبع في المرحلة الفمية ، والتي هي في الغالب حاجات جنسية، فينتقل الفرد مع النمو حتى مرحلة البلوغ ، وعندما يعاني في البلوغ من إحباطات جنسية فإنه**

يرتد أو ينكص إلى المرحلة الفمية التي بدأت معها الاضطرابات والصراعات (رشاد موسى، ٢٠٠٦، ٣٤).

وقد ترجع اضطرابات الأكل إلي صعوبة الانفصال عن الوالدين لاسيما الانفصال عن الأم (Friedlander &Siegel, 1990).

وترجع أسباب هذا الاضطراب إلي شعور الطفل بفقدان حنان الأم وعطفها ، ونقص بعض العناصر في الجسم فالطين يقبل عليه الأطفال حينما يعانون من نقص مادة الزنك ، حالات التخلف العقلي ، عوامل ثقافية خاصة بالشعوب (مثل أكل الطين لدي بعض الحوامل)(زكريا الشربيني ، ٢٠٠٢ ١٥٢).

وتري النظرية السلوكية أن الاضطراب هو تعلم حدث تبعاً لقوانين التعلم الشرطي ، وحدث لهذا التعلم نوع من التدعيم أو التعزيز نظراً لتخفيفه القلق أو التغلب على موقف ما ، أو مكسب جناه الفرد ، وهذا ارتباط شرطي خاطئ (أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧، ١٥٧).

ويشير (رشاد موسى، ٢٠٠٦، ٣٥) إلى تفسير النظرية السلوكية لفقدان الشهية المفرط بأنه تعبير صريح عن سوء التوافق على الصعيدين الشخصي والاجتماعي.

وتشير النظرية المعرفية إلي أن الاضطراب يتضمن الانشغال الزائد بوزن وحجم الجسم ، وشكله ، وتشوه صورة الجسم ، ورغبته في النحافة ، هذا إلى جانب إدراك الفرد أنه لا يمكنه أن يسيطر على نفسه أثناء نوبات النهم أو حتى عندما يرى الطعام (عادل عبد الله، ٢٠٠٠، ٢٩٨) ، (Vitousek , 1996) .

أما النظرية الاجتماعية الثقافية فتري أن وسائل الإعلام تلعب دوراً كبيراً في تشكيل ضغوطاً ثقافية ، فالأنثى تفضل النحافة ، والقوام الممشوق ، وكذلك الرجال ترغب في أن تتبع الأنثى نظام غذائي مناسب يجعلها تحافظ علي رشاقتها.

وقد ترجع أسباب فقدان الشهية العصبي إلي الصراع علي القوة والصدام علي الطعام ..حيث يبدأ الآباء بالمناقشة والتهديد والعقاب أو المكافأة عند الأكل إلا أنه من المؤسف حقاً أن الطفل سيعتبر أن الأكل شيء مهم للوالدين وليس مهماً له شخصياً ، فعملية عدم تناوله لأنواع معينة من الطعام تصبح وسيلة للتحكم بالكبار ، وعادة ما يقلد الأطفال آباءهم في طريقة الأكل ، وكثيراً ما يخطئ الوالدان في فهم قدرتهم في التأثير علي تعليم وتشجيع أطفالهم بطريقة ايجابية علي أكل كميات الطعام المغذية والكافية (سعيد حسني ، ٢٠٠٢ – ب، ١٨٣).

علاج اضطرابات الأكل

تقتضي بعض العلامات إدخال المريض (**خاصة مريض فقدان الشهية العصبي**) المستشفي **إذا توفر مؤشر أو أكثر من هذه المؤشرات** :

١- فقدان ٢٠٪ من الوزن المتوقع لطول قامته ، أو فقدان ٣٠٪ من الوزن المتوقع فإن هذا يتطلب الإقامة في المستشفي (Sadock & Sadock , 2008 ,337).

٢- بطء القلب ، ودرجة حرارة أقل من ٣٦ درجة .

٣- انخفاض ضغط الدم (**ضغط دم انقباضي أقل من ٧٠**) .

٤- نسبة البوتاسيوم في الدم أقل من ٢.٥.

٥- اكتئاب حاد ، ذهان أو المرض العقلي .

٦- إسهال شديد .

٧- ضرورة مواجهة إنكار الفرد أو الأسرة للحالة برغم تدهورها .

٨- ضرورة البدء في علاج فردي أو أسري بالأدوية تحت إشراف طبي ونفسي مستمر.

٩- زيادة احتمال حدوث الانتحار (**أحمد عبد الخالق، ١٩٩٧ ، ١٦٥-١٦٦**) .

وفيما يلي يتم الإشارة إلي أهم أنواع علاج اضطرابات الأكل :

العلاج الدوائي Pharmacotherapy

إعطاء كميات من المهدئات والمطمئنات . فإذا كان مكتئباً يعطي مضادات الاكتئاب مثل الاميتريبيتلين أو عقار الامبيرامين ، وإذا وجدت ملامح إكلينيكية ذهانية تعطي مضادات الذهان مثل عقار الكلوربردمازين (**حسن مصطفي ، ٢٠٠٣ - ب ، ٦٣**) وهي مفيدة في علاج الشره العصبي .

أما استخدام العلاج الدوائي مع حالات فقدان الشهية العصبي ما زالت آثاره هامشية وغير مشجعة حتى الآن ، وإن كانت تفيد في بعض الحالات وقد يرجع التحسن الملاحظ إلى وجود اضطراب مزاجي مصاحب ، وقد يفيد هذا العلاج في منع حدوث انتكاسة للمريض بعد التحسن ، أما في حالة الشره العصبي فإن استخدام مضادات الاكتئاب يمكن أن تفيد في الحد من الشره العصبي فقد وجد أنها أكثر فاعلية من العلاج الوهمي ، فضلاً عن علاجها للاكتئاب الذي يرتبط عادة بهذا الاضطراب (**أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧، ١٦٥**) .

العلاج الغذائي Nutrition Therapy

يعمل هذا العلاج في المقام الأول على استعادة الحالة الطبيعية للمريض لأن الهزال ونقص الماء، وعدم التوازن الكهربائي، قد يتسبب في مضاعفات أخرى، فضلاً عن استعادة الوزن المفقود (زينب شقير، ٢٠٠٢، ١١٩-١٢١).

العلاج النفسي Psychotherapy

العلاج النفسي علاج فعال في اضطرابات الأكل وخاصة فقدان الشهية العصبي، وفيه يحاول المعالج التعامل مع الصراعات الداخلية، والصراعات الأسرية والحد من الميول الكمالية، إلى جانب مساعدتهم في التخلص من التفكير المشوه (**سيد عبد الموجود**، ١٩٩٩، ٤٢).

ومن بين أسباب انخفاض الوزن التي لا ينتبه إليه كثيرون هو إخفاق الأطفال المعوقين في تناول الوجبات النظامية المقدمة لهم، ومن الضروري أن نلاحظ هؤلاء الأطفال لنعرف ما إذا كانوا يعانون من مشكلات في مضغ الطعام أو بلعه، وكذلك الاعتماد على أنفسهم في تناول الطعام أو في كل هذه الجوانب، والأطفال الذين يجدون صعوبات بالغة في تناول الطعام قد يصبحون متعبين أو محبطين، ونادراً ما يكملون الوجبة المقدمة لهم (محمد محروس، ١٩٩٧، ٤٠٩).

العلاج السلوكي Behavioral Therapy

تفيد الفنيات السلوكية في تشجيع الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي على الامتثال لتناول الوجبات الغذائية من خلال تشجيعهم بالمعززات. ويمكن أن يستخدم العلاج بالتنفير كعلاج سلوكي في حالة الأكل الشاذ Pica سواء باستخدام مواد مقززة أو باستخدام الصدمات الكهربائية. ويهدف هذا العلاج إلى تعديل بعض العادات السلوكية الشاذة والمرتبطة بالأكل، مع تدعيم السلوكيات الجديدة كممارسة الرياضة، والبعد عن التقيؤ وتنظيم الوجبات، والاسترخاء الذي يهدئ الحالة الانفعالية المصاحبة (**زينب شقير**،٢٠٠٢، ١٢). ويفضل استخدام العلاج السلوكي المعرفي في علاج اضطرابات الأكل (Daniel &Ulrike , 2005).

كما أن العلاج السلوكي يُعد من أكثر طرق العلاج استخداماً لحالات الشره العصبي، حيث يمكن تحقيق ذلك من خلال ١٦-٢٠ جلسة موزعة علي فترة زمنية ٤-٥ شهور (محمد السيد، ٢٠٠٠-ب، ٢٥٥).

العلاج الأسري Family Therapy

يؤدي العلاج الأسري إلى تغيير أنماط السلوك الأسري التي تتبع مع فقدان الشهية العصبي ، وتغيير بعض المعتقدات الخاطئة داخل الأسرة فيما يتعلق بنظام تناول الطعام ، وعادات ألولائم ، وتدعيم عوامل الألفة والثقة بين المريض وأفراد أسرته ، وتحقيق قدر من التسامح في المعاملة الوالدية ، وتحقيق التعايش الأسري السوي بعيداً عن التفكك والانفصال (زينب شقير، ٢٠٠٢ ، ١٢٠- ١٢١).

وأن المرضي بفقدان الشهية الأقل من ١٨ سنة يستفيدون من العلاج الأسري (Sadock & Sadock , 2008 ,337)

وزيادة الوزن من المشكلات الشائعة لدي المعوقين وربما تعود هذه المشكلة إلي انخفاض النشاط البدني ، مع زيادة ما يتناوله الشخص من سعرات حرارية زائدة في الطعام في صورة ، وجبات إضافية سريعة بين الوجبات الأساسية تتسم بوجود دهون عالية أو سكريات عالية . وفي المعتاد فإن الوالدين قد يبديان العطف علي طفلهم المعوق في صورة حلوي أو أيس كريم ، ويكون من الصعب عليهم فيما بعد التوقف عن إعطائها للطفل (**محمد محروس ، ١٩٩٧ ، ٤٠٩**).

اضطرابات الإخراج Elimination Disorders

تشكل عملية التدريب علي الإخراج أهمية كبيرة لكل من الطفل ووالديه وتحاول الأم جاهدة تدريب الطفل منذ وقت مبكر علي التحكم في الإخراج .

فيما يلي أشيع أنواع اضطرابات الإخراج :

* **البوال Enuresis أي التبول اللاإرادي** وعدم ضبط النفس أثناء النوم وسلس البول أي التبول اللاإرادي أثناء اليقظة.
* **عدم القدرة علي التحكم في التبرز Encopresis (أقل شيوعاً)** من البوال ويتضمن التبرز في أوقات غير مناسبة وفي أماكن غير مناسبة(**حامد زهران ٢٠٠٥ ، ٤٢٧**).

أولاً :التبول اللاإرادي

يعرف التبول اللاإرادي وفقاً لـ DSM-IV-TR بأنه "التخلص من البول في الملابس أو الفراش بطريقة مقصودة أو لا إرادية ، وهذا السلوك يتواتر مرتين في الأسبوع علي الأقل لمدة ٣ شهور ، ويحدث قلقاً شديداً في العلاقات الاجتماعية والانجاز الأكاديمي ، وينبغي أن يكون عمر الطفل الزمني أو النمائي لا يقل عن ٥ سنوات .

يُعد التبول اللاإرادي من المشكلات المعروفة في معظم إن لم يكن كل الثقافات ، ومن المتوقع أنه كلما زاد المستوي الاقتصادي والمستوي التعليمي والثقافي كلما كانت النظرة إلي هذه المشكلة تتسم بشيء من التشدد . ربما نتيجة لمحاولة الإسراع في التدريب علي ضبط عملية الإخراج . وقد ارتبطت هذه المشكلة في بعض الثقافات بالتراث الشعبي والفلكلور سواء من حيث مسبباتها أو من حيث علاجها ، بينما يعتبر التبول النهاري أقل مستوي وقد يكون حال حدوثه دليلاً علي وجود مشكلة نفسية خطيرة(**جمعة سيد ، ٢٠٠٠ ، ١١٧-١١٨**).

ومن أهم أنواع التبول اللاإرادي : التبول اللاإرادي الانتكاسي حيث نجد الطفل عندما يصل في مرحلة من عمره إلي التحكم في عملية التبول بشكل جيد جداً وذلك لفترة ربما ستة أشهر أو سنة مثلاً يعود للتبول اللاإرادي ، والتبول اللاإرادي العرضي المزمن حيث نلاحظ تكرار حالات التبول اللاإرادي بشكل غير مألوف لدي الطفل وانتكاسية حالة الطفل بعد شفاء مؤقت لفترة ربما تطول نسبياً وربما فشلت أنواع أو طرق العلاج الدوائي والنفسي ، التبول اللاإرادي غير المنتظم وهو حالات نادرة ، وفيه يتبول الطفل علي نفسه ليلة وربما يختفي الأمر لمدة أشهر ثم يعود تبوله لاإرادياً ليلة أخري ثم لا يظهر عليه مرة أخري إلا بعد ثلاثة أشهر وهكذا ويرتبط هذا النوع بأحداث اليوم أو الليلة التي حدث فيها حالة التبول اللاإرادي(**زكريا الشربيني ، ٢٠٠٢ ، ٥٥-٥٧**).

ويوجد البوال لدي حوالي ٥٪ من أطفال سن الخامسة من العمر ، و٢٪ لدي أرباب سن العاشرة ، و١٪ لدي أطفال سن ١٨ عاماً (**عبد الرحمن العيسوي ٢٠٠٤ ، ١٨٧**).

وتختلف معدلات انتشاره بين الجنسين فنسبته بين الذكور أكثر منها بين الإناث . فعند سن ٥ سنوات تكون ٧٪ لدي الذكور ، ٣٠٪ لدي الإناث (**حسن مصطفي ، ٢٠٠٣ - أ ، ١٠١**).

يري بعض الباحثين أن مشكلة التبول اللاإرادي مشكلة وراثية ، واستدلوا علي هذا من انتشار المشكلة في أسر الأطفال الذين يعانون منها. ففي دراسة فراريFrary وجد أن ٣٢٪ من آباء و٢٠٪ من أمهات هؤلاء الأطفال كانوا يعانون من نفس المشكلة وهم صغار (**محمد عودة ، كمال مرسي ، ١٩٩٤ ، ٢٩٨**).

وقد يرجع البوال إلي التهاب المثانة أو ضعف صمامات المثانة ، أو ضعف حجم المثانة الوظيفي رغم صغرها الطبيعي ، وهنا يكون تحملها لكميات البول ضعيف أو التهاب مجري التبول ، أو التهاب الكليتين ، تشوه وعدم اكتمال نمو الفقرات القطنية

والعجزية أو تلف النخاع الشوكي ، تهيجات المنطقة التناسلية مثل التهاب فتحة البول الخارجية أو فتحة الشرج ، فقر الدم ونقص الفيتامينات (**زكريا الشربيني** ، ٢٠٠٢ ، ٥٧-٨ ، **محمود حمودة** ،١٩٩١، ٢٤٩).

أو إصابة الطفل بالصرع ، أو الصلب المفلوج الخفي المصحوب بأورام شحمية تضغط علي جذور الأعصاب المغذية للمثانة البولية(**عبد اللطيف موسي**،١٩٨٥، ٧٩).

ولكن معظم الحالات ترجع لأسباب نفسية لا عضوية . وإذا استمر البوال حتى سن المراهقة ، فإن كثيراً من الناس يرجعونه إلي ضعف الكلي وهو تفسير غير دقيق أو يرجع إلي التعبير غير المباشر عما يعانيه المريض من القلق أو الحصر أو التوتر ، وقد يرجع إلي حاجة الطفل إلي أن يحصل علي اهتمام الوالدين أو قد يرجع إلي الضغوط الانفعالية ، كما قد يرتبط بوجود مشكلات أسرية (**عبد الرحمن العيسوي** ، ٢٠٠٤ ،١٩١).

وذهب فرويد إلي أن التبول اللاإرادي عرض نكوصي يدل علي ما يعانيه الطفل من صراع نفسي لم يحل(**محمد عودة** ، **كمال مرسي** ، ١٩٩٤ ،٢٩٨) أو يكون تعبير خاص لقلق عام ، أو إزاحة لإشباع جنسي يرتبط عادة بتخيلات جنسية مكبوتة ، أو استمرار لأنماط من السلوك يستهدف جذب الانتباه بشكل غير ناضج أو تدريب غير ملائم علي العادة نفسها بالتبلد وعدم اللامبالاة من ناحية الوالدين(**كوفيل ، آخرون** ، ١٩٨٦، ٢٢٤) .

ثانياً :سلس التغوط أو التبرز

يعرف التبرز اللاإرادي وفقاً لـ DSM-IV-TR علي أنه" طريقة التخلص من الفضلات في أماكن غير ملائمة سواء بطريقة مقصودة أو لا إرادية ، ويستمر هذا النمط علي الأقل لمدة ٣ أشهر ، ويكون عمر الطفل الزمني أو النمائي علي الأقل ٤ سنوات .

وله شكلان التغوط الأولي : ويظهر لدي الأطفال الذين لم يسبق لهم نهائياً التحكم أو ضبط الغائط لمدة عام علي الأقل ، والتغوط الثانوي : وهو الذي يظهر لدي أطفال سبق لهم ضبط الغائط مدة لا تقل عن عام (**زكريا الشربيني** ، ٢٠٠٢ ،٦٦).

وقد وجد أن ٢.٣٪ من الصبيان الذين تجاوزا الثماني سنوات و٠.٧٪ من أمثالهم من البنات مصابون به ، لكن هؤلاء يتناقصون بنسبة ٢٨٪ كل سنة و حتى تنتفي العادة نهائياً عند سن السادسة عشرة ، أما باستعمال العلاج فقد ينقطع التبرز خلال الشهرين أو ثلاثة أشهر ، وهو نادر عند الكبار والمراهقين إلا في حالات المتخلفين عقلياً (**سعيد حسني** ، ٢٠٠٢-ب ، ١٥١) .

وانتهت نتائج دراسة هيل وشيرلي (Hale &Shirley , 2006) إلي أن معدل انتشار الغائط لدي عينة من الأطفال بلغ عددها ٢٫٤٠٦ كانت ٢٫٩٪ ، و٦٢٪ من هذه العينة كانوا من حالات التخلف العقلي متوسط الدرجة ، و١٠٢ لديهم ذكاء متوسط ، و٣٣ لديهم نسب ذكاء ٨٠ أو أكثر.

ويصاحب التبرز اللاإرادي شعور الطفل بالخجل والارتباك ، وقد يتجنب المواقف الجماعية التي تسبب ارتباكه ، وفي حالات تعمد التبرز يصاحب بالأعراض السلوكية المضادة للمجتمع . وقد لوحظ أن ٢٥٪ من الأطفال المصابين بالتبرز اللاإرادي لديهم تبول لاإرادي وأحياناً نقص الذكاء والسلبية (**محمود حمودة ١٩٩١ ، ٢٤٢**).

وقد يرجع إلي عوامل عضوية مثل مرض هرشبرنج Hirschsprung Disease الذي يصيب الأمعاء الغليظة ويسبب الإمساك ومن ثم خروج الغائط لا إرادياً ، وربما عاد الأمر إلي الإمساك لفترات طويلة فيحدث فيض من الغائط وعوامل عقلية مثل نقص الذكاء ، أو عوامل نفسية مثل الشعور بالغيرة المصاحب لولادة شقيق آخر ، أو إلي أساليب التدريب القاسية(**زكريا الشربيني ، ٢٠٠٢ ٦٧**) .

وقد يعزي التبرز اللاإرادي إلي ميول عدوانية لدي الطفل وتثبيت في المرحلة الشرجية حيث يعبر التبرز عن العدوان والنزعات التدميرية لدي الطفل في حالة وجود سلطة قاهرة (**حسن مصطفي ، ٢٠٠٣ - أ ، ٩١**).

معدلات انتشار اضطرابات الإخراج لدي ذوي الاحتياجات الخاصة

تتعدد المشكلات السلوكية التي يبديها الأطفال المعوقين فهناك مشكلات مرتبطة بعمليات الإخراج ، وأخري مرتبطة برعاية الطفل ذوي الحاجات الخاصة الذي يظهر مشكلات سلوكية خارج نطاق الأسرة(Warfield & Hauser-Cram, 1996).

معدلات انتشار اضطراب سلس التغوط لدي الأطفال المعوقين المقيمين بإعاقات متوسطة يكون ٦٪ ، بينما كان ١٦٪ لدي المعوقين المقيمين بإعاقات شديدة الدرجة ، و٤٥٪ لدي المعوقين المقيمين بإعاقات عميقة(Salovilita, 2002) .

أسفرت نتائج دراسة بومر وآخرون (Bohmer et al ., 2001) عن ارتفاع معدلات الإمساك لدي المتخلفين عقلياً .المشكلات السلوكية المتعلقة بالأكل والنوم والتدريب علي استخدام الحمام من الشائع وجودها لدي التوحديين. وقام أندو , Ando) (1977 بتدريب الطفل التوحدي علي ضبط البوال من خلال تطبيق فنيات السلوكية

الإجرائية. وانتهت نتائج دراسة وليامز وآخرون(Williams et al ., 2004) إلي التأكيد علي انتشار اضطرابات الأكل لدي الأطفال التوحديين .

علاج اضطرابات الإخراج:

١- تستخدم الأدوية في علاج البوال ، من ذلك العقاقير المضادة للاكتئاب مثل عقار Paranate وعقار Nardil وخاصة لعلاج التوترات الانفعالية الناجمة عن المعاناة من البوال ، ولقد تبين أن عقار Imipramine يساعد في التحكم في البوال ، وكذلك في علاج التبرز اللاإرادي (**عبد الرحمن العيسوي ، ٢٠٠٤، ١٨٨**).

٢- استخدام أحد مركبات البلادونا في بعض الحالات ، حيث تساعد هذه الأدوية المثانة البولية علي الاحتفاظ بالبول لفترة أطول(**عبد اللطيف موسي ١٩٨٥ ، ٧٩**).

٣- العلاج النفسي الفردي والجماعي والذي يهدف إلي تقليص التوتر الانفعالي والقلق والاكتئاب ، والإقناع والإيحاء وبث الثقة بالنفس واستخدام برامج تعديل السلوك المختلفة.

٤- **وفي حالة التبول ضع لوحة النجوم** : اطلب من الطفل أن يسجل الليالي "**الجافة**" والأخرى "**المبللة**" ويعطي نجوماً ذهبية علي الليالي الجافة وليكافئ الطفل كأن يمضي بعض الوقت علي انفراد وعلي حين يتجاهل الأبوان الليالي المبللة يمدحان الطفل علي الليالي الجافة.

٥- في وقت النوم اجلس مع الطفل مدة ... دقيقة ... ه حديثاً يسعده لكي ينام مسترخياً وهو يحس بمحبتك ودعمك ... .

٦- **العقوبة** : بعض الآباء يُبدلون الشرائف بعد تبول الطفل ويقومون بغسيل كل شيء وهذا نتيجة منطقية ، ولا يجوز أن يوبخ الطفل أثناء هذه العملية . يطلب من الطفل أن يوقع علي لوحة علي ثلاجة فيها ذكر لليلة السابقة جافة أم لا ، وإذا نسي أن يوقع يغرم ويمنع الطفل من تناول السوائل بعد السادسة إلي أن تمر ١٤ ليلة جافة ، وقد نجح هذا الأمر لأن الطعام والشراب قد يكونا أحد الأسباب المسؤولة عن التبول (**سعيد حسني ، ٢٠٠٢- ب ، ١٤٩**).

٧- استخدم التدريب القائم علي الاشراط الإجرائي بنجاح للتحكم في عملية الإخراج لدي الأطفال المتخلفين عقلياً المقيمين بالمؤسسات (Ellis , 1963; Osarchuk, 1973). واستخدم التعزيز، وإجراءات التسلسل بنجاح مع الطفل التوحدي .

اضطرابات النوم Sleep Disorders

النوم يكون سلوك عام يظهر لدي كل الكائنات الحيوانية بداية من الحشرات إلي الثديات . إنه يكون من الضروري للكائنات الحية لأن الحرمان الطويل من النوم يؤدي إلي عجز معرفي وبدني شديد وأخيراً إلي الموت ، والنوم مجدد للطاقة والنشاط ، وهام لتنظيم حرارة الجسم ، وعامل مساعد علي إعادة الوعي:

(Sadock & Sadock , 2008 , 346)

ويمكن تعريف النوم بأنه:" حالة طبيعية متكررة ، يتوقف فيها الكائن الحي عن اليقظة وتصبح حواسه معزولة نسبياً عما يحيط به من أحداث:

(**حسان شمسي** ، ١٩٩٣ ، ٢٥).

والنوم حالة من الهدوء تشمل الجهاز العصبي والعضلات كما يدل علي ذلك تسجيل النشاط الكهربائي للمخ وانخفاض التوتر العضلي في حالة النوم العميق وهو حالة وظيفية حيوية هامة لها أهميتها في استعادة النشاط وحفظ الاتزان الداخلي اللازم لإمداد الجسم والعقل بالطاقة اللازمة لمواصلة القيام بالعمل واستعادة وتجديد طاقة الجسم ونشاطه عن طريق إفراز بعض المركبات الحيوي مثل هرمون النمو الذي يساعد علي تكوين البروتين اللازم لبناء الأنسجة في مرحلة النوم العميق :

(**لطفي الشربيني** ، ٢٠٠٠ ، ٢٥).

إن من أهم اضطرابات النوم هي الأحلام المزعجة والتململ بالفراش وفي سن العاشرة تحدث قمة هذه الاضطرابات (**معظم البنات في هذا العمر تعاني من هذه الاضطرابات**) وأخيراً يقل حدوث هذه الاضطرابات وبسرعة عند كلا الجنسين . وبالرغم من أن اضطرابات النوم خفيفة ومؤقتة إلا أنها شائعة في الطفولة ، إن اضطرابات النوم الحادة أو الدائمة هي دلالات مبكرة علي قلق عاطفي عند الطفل منذ البداية (**سعيد حسني** ، ٢٠٠٢ -ب ، ١٥٥).

واضطرابات النوم تؤدي إلي الإحساس بالضيق والقلق ، والي الانجاز المتدني (Bonnet , 1994) كما أنها تؤدي إلي الشعور بالإرهاق ، والتعب ، وسرعة الغضب ، وضعف التركيز ، والتآزر ، والعدوان ، وسوء الإدراك ، والتشويه(Horne , 1988). وأكد ستورز(Stores , 1992) علي وجود ارتباط بين مشكلات النوم الشديدة والسلوكات اليومية النهارية المضطربة لدي أطفال داون .

تصنيف اضطرابات النوم

ويمكن تناول أهم اضطرابات النوم في اضطرابات النوم الأولية ، واضطرابات النوم الثانوية علي النحو التالي :

اضطرابات النوم الأولية وتشمل :

الأرق Insomnia

هو نقص مدة النوم التي اعتاد عليها الشخص مع شعوره بعدم كفايته علي أن يكون هذا النقص متكرراً خلال عدة ليال لا تقل عن عشر ليال خلال الشهر أو عن ثلاث ليال متتابعة أسبوعياً لمدة شهر علي الأقل ، سواء كان الشخص يستعمل حبوباً منومة أم لا ، ليس الأرق في حد ذاته مرضاً بل هو عرض.

ويأخذ الأرق أحد الأشكال التالية :

* التأخر في الدخول إلي النوم (أرق بداية النوم) والذي يحتمل أن يكون أكثر أشكالاً الأرق شيوعاً.
* صعوبة الدخول في النوم (النوم المتأخر) وهو تأخر الدخول في النوم بعد الذهاب إلي الفراش لمدة لا تقل عن ساعة.
* النوم المتقطع وهو أن يتخلل النوم فترات من الصحو مرتين علي الأقل في الليلة الواحدة ، مع صعوبة العودة إلي النوم ، وعدم كفاية الشخص من النوم ، دون أن يكون للصحو ليلاً سبب عضوي مثل ألم أو كثرة تبول ليلاً وبدون سبب ظرفي مثل حالة الأم التي تصحو استجابة لبكاء رضيعها (محمد أحمد ، ٢٠٠٦ ، ٨٦).
* استيقاظ نهائي مبكر (**أرق نهاية النوم**).
* الشعور بالتعب بعد النوم ، يحتمل أن يكون الأرق استجابة وقتية لاضطراب انفعالي ، أو الكوابيس ، أو اختناق النوم ، نتيجة لوضع فيزيقي كالتعب أو الإنهاك الشديد .
* عدم انتظام أوقات النوم (**أديب محمد ، ٢٠٠٦ ، ٤٤٢**) .

معدل انتشار الأرق لدي الراشدين خلال عام تراوح ما بين ٣٠ إلي ٤٠٪. والشكوى من فرط النوم النفسي المنشأ (أو الإفراط في النوم) تكون أقل من ٥٪ لدي الراشدين (Sadock & Sadock , 2008 , 348) .

الأسباب

عندما يشكو الطفل من الأرق ومن النعاس المرافق أثناء النهار فيجب مراعاة ما يلي :

١- يجب أن يتأكد الأب بأن الطفل لم يتناول أي نوع من العلاجات وأن المشكلة لا ترجع إلي أمراض تكون مسؤولة عن الصحو.

٢- الأطفال الصغار يقاومون الذهاب للنوم بسبب جرح نفسي أو قلق أو مرض التهاب اللوز.

٣- موت شخص عزيز.

٤- يعاني المراهقين من قلة احترام الذات ومن الإعياء في النهار (سعيد حسني ، ٢٠٠٢ - ب، ١٧٤)

٥- كما قد يرجع الأرق إلي الإصابة ببعض الأمراض التي تسبب ألماً مثل حالات التهاب المفاصل والذبحة الصدرية وقرحة المعدة والإثني عشر وألام الأسنان أو الأذن والمغص الكلوي والمعوي والمراري .

٦- أو ينتج عن الإفراط في تعاطي المنبهات كالشاي والقهوة أو تعاطي الأدوية مثل مركبات الأمفيتامين والافدرين والكافيين (عبد اللطيف موسي ، ١٩٨٥ ١١٩).

فرط النوم النفسي المنشأ (أو الإفراط في النوم) Hypersomnia

يعرف فرط النوم النفسي المنشأ علي أنه: " حالة من النعاس الشديد خلال النهار مع نوبات من النوم (**لا يفسرها عدم كفاية كمية النوم**) أو استغراق فترة طويلة للانتقال إلي حالة اليقظة الكاملة عند الاستيقاظ في غياب عامل عضوي يفسر حدوث فرط النوم ، وغالباً ما تكون هذه الحالة مصحوبة باضطرابات عقلية وكثيراً ما تكون في الواقع عرضاً لاضطراب وجداني ثنائي القطب (**أثناء نوبة الاكتئاب**) أو اضطراب اكتئابي متكرر أو نوبة اكتئابية ، ولكن في بعض الأحوال لا تستوفي المعايير لتشخيص اضطراب عقلي آخر وذلك بالرغم من وضوح درجة الاضطراب النفسي ، والنوم المفرط هو نقيض الأرق ، وقد يأتي في نوبة واحدة طويلة وقد يأتي علي أكثر من فترة في اليوم الواحد (جمعة سيد ، ٢٠٠٠ ، ١٤٨ ١٤٩).

يسبب فرط النوم توتراً أو ضيقاً نفسياً شديداً أو خللاً في كفاءة أداء الشخص الاجتماعي ، أو المهني وغالباً عرض " فرط النوم النفسي المنشأ " :
(محمد أحمد ، ٢٠٠٦ ، ٨٩-٨٧).

قد يكون لطبيعة ونظام البيت وانعدام عناصر التشويق دور في ذلك الاضطراب ، مثلما نجد في مؤسسات اللقطاء وبعض مدارس رعاية ذوي الحاجات الخاصة التي تفتقر إلي الترويح والمرح والمناشط الرياضية ، ويعاني بعض الأطفال من إفراط النوم ، نتيجة فقر الدم أو نقص هرمون الغدة الدرقية أو سوء التغذية أو تناول بعض الأدوية ، وربما عاد إلي بعض إصابات الجهاز العصبي كالتهاب السحايا التدرني :

(زكريا الشربيني ، ٢٠٠٢ ، ١٢١).

اضطرابات النوم المرتبط بالتنفس:

Breathing –Related Sleep Disorder

تتميز اضطرابات النوم المرتبط بالتنفس بنوبات من توقف التنفس المؤقت الذي يستمر لمدة عشر ثواني أو أكثر أثناء النوم ، وقد لا يكون المصاب علي علم بوجودها ، إلا أنه يشعر بحاجة ماسة إلي النوم أثناء النهار مع ضعف في التركيز ، وقد يؤدي ذلك إلي إعاقة الفرد في عمله أو حياته الاجتماعية وقد تؤدي الحالات الشديدة إلي ارتفاع ضغط الدم، واسترخاء القلب ، وجلطة في القلب أو في الدماغ(حسان شمسي ، ١٩٩٣ ، ١٣٦).

ويقدر انتشار اضطراب النوم المرتبط بالتنفس بحوالي ١٪-١٠٪ من جمهور الراشدين ، ولكنه قد يزداد عند الأفراد الأكبر سناً ، أما لدي الأطفال الأصغر سناً فإن الأعراض الدالة عليه تكون قليلة وغير واضحة ، وبالتالي فإن التشخيص يكون أكثر صعوبة (جمعة سيد ، ٢٠٠٠ ، ١٥٦).

اضطرابات النوم الثانوية ومنها :

الكوابيس Nightmares

الكابوس هو خوف ليلي ورد فعل مخيف خلال الليل . إن سببه حلم مخيف إن الأحلام العادية تحدث عند الأطفال في سن الثلاث سنوات ولكنها ليست مزعجة . والطفل يصرخ ومن ثم يسكت بسهولة وفي سن ٤.٥ - ٥ سنوات تزداد الأحلام السيئة في تكرارها وفي حدتها . إن الكوابيس الكلاسيكية هي خوف فريد وليست مثل الأحلام العادية إنها تتضمن علي صراخ عال مفاجئ ، بينما يكون النوم مصحوباً بقلق شديد وعرق وتعابير ثابتة علي الوجه وصعوبة في التنفس تشعر الطفلة بأنها مختنقة وكأن شيئاً ثقيلاً يجثم علي صدرها وتصبح مذعورة يستيقظ الطفل بعد الكابوس ويمكن تسكينه بسهولة(سعيد حسني،٢٠٠٢– ب،١٦٥).

ويعاني من ١٠-١٥٪ من الأطفال في المرحلة العمرية من ٣-٥ سنوات من كوابيس شديدة ، وفي جمهور الراشدين يذكر حوالي ٥٠٪ خبرة الكابوس في مناسبات مختلفة ، ومع ذلك لا توجد نسب دقيقة لانتشار اضطراب الكابوس(**جمعة سيد ، ٢٠٠٠ ، ١٥٩**).

ويعزي الكابوس إلي مشكلات نفسية ، أو إلي الذين يعيشون ظروفاً أسرية واجتماعية غير طبيعية أكثر عرضة من غيرهم للكوابيس أثناء النوم ، كما أن سماع الطفل قصصاً خرافية ، أو مشاهدته أفلاماً مرعبة قبل النوم تكمن خلف تعرض كثرة من الأطفال لهذا النوع من الاضطرابات ، ويتزايد لدي الطفل عند وجود ضغوط نفسية ، أو يرجع إلي إرغام الوالدين للطفل علي النوم(**زكريا الشربيني ٢٠٠٢ ، ١٢٢**).

اضطراب الفزع أثناء النوم Sleep Terror Disorder

نوبة من الخوف الشديد قد تصاحبها صرخة رعب وربما أنين بالبكاء والاستنجاد مصحوب بالاستيقاظ المفاجئ وجلوس الطفل مفزوعاً في الفراش مع الاستجابة لحظتها لمحاولات التهدئة ، وقد يصاحب الأمر حلم مرعب ، إلا أن رعب الليل يختلف عن الكابوس فالطفل هنا لا يكون قادراً علي تذكر أو استعادة ما سبب له الرعب بعد أن يستيقظ في الصباح ويبدأ هذا الاضطراب في الفئة العمرية من ٤ - ١٢ سنة ، ويختفي نهائياً عند بلوغ المراهقة في كثير جداً من الحالات .

ولا توجد أسباب واضحة خلف هذه النوبة ، وإن كانت مشاعر الخوف التي تغرسها الأم في نفس الطفل تجعله أكثر عرضه للرعب الليلي ، وتكثر النوبات كلما كان الطفل مجهداً(**زكريا الشربيني ، ٢٠٠٢ ، ١٢٣**).

معدلات انتشار اضطرابات النوم لدي العاديين وذوي الاحتياجات الخاصةوفقاً لتقارير الوالدين كانت معدلات انتشار اضطرابات النوم تتراوح ما بين ٩٪ إلي ٥٠٪ في مجموعات المقارنة وشملت الأرق ، وفرط النوم النفسي المنشأ ، واضطرابات النوم المرتبط بالتنفس(Allik et al ., 2006 ; Polimeni et al ., 2005).

تشير الدراسات المسحية إلي أن اضطرابات النوم تكون الأكثر انتشاراً بين الإناث عنها بين الذكور ، وأنها تصبح أكثر انتشاراً وتكراراً بتقدم العمر . ويلاحظ ارتفاع نسبة الأطفال الذين يعانون من الأرق في الطفولة المتأخرة . ويبلغ معدل انتشار اضطراب النوم النهاري واحد لكل ١٠٠٠ أو ٢٠٠٠ من السكان . وبالنسبة للكوابيس الليلية فإنها تصيب الأطفال من سن سنتين ، وترتفع نسبة الذين يعانون منها في سن ٤-٦ سنوات(**حسن مصطفي ، ٢٠٠٣ - أ ، ١٢٠**).

يشير كوين (Quine , 1991) **إلي أن** ٥١٪ من المتخلفين عقلياً يعانون من عدم الاستقرار في النوم ، و٦٧٪ لديهم مشاكل الاستيقاظ ليلاً. وتراوحت معدلات انتشار اضطرابات النوم لدي المتخلفين عقلياً ما بين ١٥ إلي٥٠٪ :

(Brylewski &Wiggs , 1998)

وانتهت نتائج دراسة بارتليت وآخرون (Bartlett et al ., 1985) إلي أن معدلات انتشار اضطرابات النوم لدي (٢١٤) طفلاً متخلفاً عقلياً تخلفاً شديداً وتجاوزت أعمارهم (١٦) سنة كانت ٨٦٪ ، و٨١٪ ما بين ٦-١١ سنة ، و٧٧٪ للذين تتراوح أعمارهم ما بين ١٢-١٦ سنة ، وكانت مشاكل النوم المقررة كثرة الاستيقاظ أثناء الليل وبلغت النسبة ٥٦٪ ، أما عدم الاستقرار أثناء النوم فبلغت النسبة ٥٧٪ والصعوبات في الذهاب إلي النوم كانت ٥٣٪.

وأشارت نتائج دراسة إيسبي وتودي (Espie &Tweedie , 1991)**إلي** انتشار اضطرابات النوم لدي نصف عينة المتخلفين عقلياً البالغ عددهم ١٢٥ راشداً متخلفاً عقلياً .وانتهت نتائج دراسة ريشتديل وآخرون (Richdale et al ., 2000) إلي أن نسبة انتشار اضطرابات النوم بلغت ٥٧.٧٪ لدي عينة من المتخلفين عقلياً تتراوح درجة شدة الإعاقة من خفيف إلي عميق ، بينما كانت النسبة لدي العاديين ١٦٪.

أما عن معدلات انتشار اضطرابات النوم لدي التوحديين فإن اضطرابات النوم المقررة من قبل الوالدين لدي أبناءهم التوحديين تتراوح ما بين ٤٤-٨٣٪ ومعظم التقارير الوالدية تؤكد علي مشكلات النوم التي تتضمن صعوبات في النوم وقلة النوم ، وعدم النوم في سريره الخاص ، والاستيقاظ مبكراً ، والصراخ أثناء النوم ، والكوابيس:

(Richdale , 2001)

وقد قرر التوحديين عدم الانتظام في النوم ، والاستثارة المتكررة في النوم وفترات طويلة من الأرق(Rapin , 1991) وأن الأطفال التوحديين معرضين لمخاطر اضطرابات النوم بصرف النظر عن أعمارهم أو نسب ذكائهم (Honomichl et al ., 2002).

وانتهت نتائج دراسة وليامز وآخرون(Williams et al ., 2004) **إلي وجود علاقة** بين اضطرابات النوم والمشكلات الطبية ، ومشكلات في التنفس مرتبطة بانخفاض الاستعداد للنوم.

وأسفرت نتائج دراسة أباد - أليجرلا وجيتوريز (Abad-Alegrla &Gutierrez, 1998) إلي أن الأطفال المعوقين سمعياً البالغ عددهم (٣٢١) ينومون جيداً ، وربما يعزي هذا إلي عزل الضوضاء عنهم.

ترتفع معدلات انتشار اضطرابات النوم لدي المعوقين بصرياً فقد أسفرت نتائج دراسة مايلز وويلسون (Miles & Wilson, 1977) عن أن معدلات انتشار اضطرابات النوم لدي عينة تتألف من ٥٠ مكفوفاً بلغت ٧٦٪.

وانتهت نتائج دراسة تروستر وآخرون(Tröster et al ., 1995) إلي انتشار اضطرابات النوم لدي المعوقين بصرياً البالغ عددهم (٢٦٥) ، و(٦٧) من العاديين الذين تراوحت أعمارهم ما بين ١٠-٧١ شهراً حيث يجدون صعوبات في النوم علي الأقل مرة كل أسبوع ، والاستيقاظ ليلاً ، ويتطلب هذا مدة زمنية تتراوح ما بين ٥ إلي ١٠ دقائق حتى يعودا إلي النوم مرة أخري ، وأن معدلات انتشار هذه الاضطراب أعلي في المكفوفين مقارنة بضعاف البصر.

ترتفع معدلات انتشار اضطرابات النوم لدي ذوي صعوبات التعلم (Dollinger et al ., 1987 ; Short &Carpenter , 1998) وتبلغ نسبة اضطرابات النوم في ٧٥٪ من ذوي صعوبات التعلم في الأعمار ما فوق ١٦ سنة (Quine , 1991).

وتعزي اضطرابات النوم الشديدة لدي ذوي صعوبات التعلم إلي الأسباب التالية:

١- تلف في بناءات الجهاز العصبي المركزي يكون هام في دورة الاستيقاظ من النوم.

٢- من الممكن أن يكون هناك نوبات صرعية تبدأ أثناء النوم تؤدي إلي عدم استقرار النوم.

٣- التعزيز غير المقصود للاستيقاظ علي سبيل المثال تناول الشراب ، مشاهدة التلفزيون (Gelder et al ., 1998 , 874).

ولقد وضع موزر (Mauser , 1974) قائمة من الخصائص الشائعة لكل من صعوبات التعلم وجناح الأحداث وتشمل :

١- مفهوم ذات منخفض.

٢- قصور في القدرة علي تحمل الإحباط.

٣- مشكلات في القدرة علي التوجيه.

٤- قصور في خصائص الشخصية الايجابية.

٥- كراهية للأداء المدرسي الذي يتطلب القيام بعمليات الاستدلال ، والمثابرة في الأداء.

وتنشر اضطرابات النوم لدي المعوقين بدنياً فقد انتهت نتائج دراسة أوليفرو وآخرون(Oliviero et al ., 1995) إلي قلة النوم لدي مرضي الصرع والتصلب الخدبي ، كما تكون مدة النوم أقصر، وتزداد فترات الاستيقاظ بعد بداية النوم . وأسفرت نتائج دراسة نيومن وآخرون ، كاتز(Newman et al ., 1997; Katz, 1996) إلي أن اضطرابات النوم تكون شائعة الحدوث لدي المعوقين بدنياً.

أسباب اضطرابات النوم

١- أشارت بعض الدراسات إلي أن نصف الأطفال الذين يمشون أثناء النوم من أسر يعاني فيها فرد أو أكثر من هذا الاضطراب ووجد في دراسات أخري تشابهاً عند ٤٠٪ من التوائم المتماثلة ، و١٠٪ من التوائم غير المتماثلة في اضطرابات النوم ، وهذا ما يؤيد الفرض الوراثي في هذه الاضطرابات:

(**حسن مصطفي** ،**٢٠٠٣ - أ ، ١٣٣**).

٢- **الأسباب الحيوية مثل** : الأمراض والإجهاد ، والتعود علي تناول أقراص منومة أو منبهة للسهر.

٣- **الأسباب البيئية** : مثل اتجاهات الوالدين الخاطئة عن مدة النوم وإجبار الطفل لينام في وقت محدد حسب ظروف حياتهم ، والنوم مدة أقل أو أكثر من اللازم ، واستعمال النوم كتهديد ، العوامل الاجتماعية مثل ضيق المسكن ، ونوم الأطفال مع الوالدين في نفس الحجرة .

٤- **الأسباب النفسية** : الاضطراب الانفعالي وعدم الاستقرار والهموم والقلق والاكتئاب والخوف في حالات الظلام وعدم إشباع الحاجات(**حامد زهران** ، **٢٠٠٥ ، ٤٢٩**).

٥- الضغوط النفسية التي يتعرض لها الطفل مثل :

(أ) الفشل في الاختبارات أو الخوف من اختبار قادم .

(ب) مشاهدة برامج مخيفة في التلفزيون ، أو سماع قصة مزعجة ، أو حادثة مرعبة يستعيد الطفل أحداثها فيعاني الأرق الليلي أو الكابوس أو الفزع.

(جـ) موت شخص عزيز ، أو انفصال الوالدين ، أو دخول احدهما المستشفي أو قدوم أخ جديد ، أو فقدان شيء محبوب للطفل ، أو الفشل في المدرسة.

(د) إسناد مسئولية تربية الطفل إلي مربية لم يألفها ، أو تغيير المربية أو السكن ، فيضطرب نوم الطفل(**محمد عودة** ، **كمال مرسي** ، **١٩٩٤ ، ٣١٨-٣١٩**).

٦- أن بعض الأفراد لا يمكنهم أن يستبعدوا أفكار معينة من رؤوسهم.

٧- أو قد يعزي اضطراب النوم إلي الإصابة بالمرض حيث يمنع الألم الشخص من النوم.

الوقاية

١- مراعاة الفروق الفردية بين الأطفال في الحاجة إلي النوم بعد الولادة مباشرة.

٢-عدم إزعاج الطفل أثناء استغراقه في النوم بكثرة إيقاظه قبل أن يأخذ كفايته منه.

٣- تعويد الطفل من البداية علي النوم في سريره ، وتنظيم مواعيد نومه وحسن معاملة الطفل في مواقف النوم.

٤- عدم استخدام النوم كوسيلة عقابية ، والعمل علي مساعدة الطفل علي التخلص من توتراته وهمومه وصراعاته .

٥- محاولة علاج الخلافات الأسرية بعيداً عن الأطفال(**محمد عودة ، كمال مرسي ١٩٩٤** ، ٣٢٠-٣٢١).

علاج اضطرابات النوم

١- العلاج العضوي

وهو العلاج الذي ينصح به الأطباء في الحالات التي يوجد فيها سبب عضوي يقف خلف اضطرابات النوم ، أو في الحالات التي يكون فيها اضطراب النوم ثانوياً لاضطراب جسمي أو نفسي أو عقلي ، حيث يتم التركيز علي علاج السبب الأصلي ، ومن ثم يتوقع أن تخف مشكلات النوم أو تختفي كما هو الحال عند علاج بعض الأمراض الجسمية كالآلام الروماتيزمية أو آلام الجهاز الدوري والتنفسي ، وكذلك علاج القلق أو علاج الاكتئاب ، وأن استخدام المهدئات والمنومات قد يؤدي إلي الاعتماد عليه ، ومن ثم يصعب النوم بدونه وعلي هذا يجب اللجوء إليها تحت الإشراف الطبي(**جمعة سيد ، ٢٠٠٠** ، ١٧٣).

٢- العلاج الطبي

العلاج الطبي هو أكثر العلاجات شيوعاً وانتشاراً للأرق ، ولقد قدر الباحثون أنه خلال أي سن معينة من العينة السكانية يستخدم ٢.٧٪ من الذكور، و٥.٥٪ من الإناث أدوية يصفها لهم الأطباء لمساعدتهم في التغلب علي المشكلات المتعلقة بالنوم ، وهناك العديد من الأدوية المستخدمة لعلاج الأرق مثل التريازولامTriazolam والفلورازيبام Flurazepam (**مجدي الدسوقي ، ٢٠٠٦** ١٣٩-١٤٠).

واستخدم عقار الميلاتونين Melatonin في علاج اضطرابات النوم حيث أثبت فاعلية في زيادة فترات النوم ، كما أنه يقلل من عدد مرات الاستيقاظ ليلاً.

(Braam et al ., 2009)

٣ - العلاج النفسي

العلاج النفسي الفردي والجماعي ، وإزالة الأسباب الانفعالية ، والتقليل من الارتباطات الشرطية مع النوم والتي لا ينام الطفل إلا بها ، وإسعاد الطفل طوال اليوم وإبعاد التوتر والقلق والخوف (**حامد زهران ، ٢٠٠٥ ، ٤٢٩**) وأن يتم تطبيق جلسات الاسترخاء، وأن يتم تحت إشراف إخصائي إكلينيكي وأن يتضمن التدريب تمرينات لخفض التوتر ، وأن يمارس الاسترخاء في المنزل (**أديب محمد ، ٢٠٠٦** ، ٤٥٧) .

٤-العلاج الأسري

يتضمن الإرشاد والتوجيه للوالدين لتحسين علاقتهما بالطفل ، وتحسين أساليب معاملتهما في مواقف النوم ، وتبصيرهما بالأساليب المناسبة وبكيفية تطبيقها في علاج مشكلات طفلهما ، **كما يجب تبصيرهما بأساليب تنمية عادات النوم في الطفل بأن:**

- يتكون لدي الطفل موعد نوم منتظم ، فالنوم جزء من إيقاع بيولوجي علي امتداد أربع وعشرين ساعة.
- تخصيص ساعات المساء للأنشطة الترويحية والاسترخاء بدلاً من الأنشطة المجهدة الجسمية أو الذهنية التي تؤدي إلي سوء النوم.
- تجنب القيلولة الطويلة حتى لا يجد الطفل صعوبة في النوم بالليل.
- توفير الظروف المشجعة علي النوم ، كالهدوء ، والضوء الخافت ، ودرجة الحرارة المعتدلة والفراش الوثير(**حامد زهران** ، ٢٠٠٥ ، ٤٢٩).

الإدمان Addiction

تعتبر مشكلة تعاطي المخدرات من أكثر المشكلات ذات التأثير البين في المجتمعات في الآونة الحالية ، وتنتشر في المجتمعات المتقدمة والنامية علي السواء ، وتؤثر سلباً في كافة فئات المجتمع لاسيما الشباب فتؤثر في عضدهم وتجعلهم معاول هدامة لمجتمعاتهم ، وتنفق الدول الكثير دفعاً لتقليص التعاطي ويتطلب الوقاية من التعاطي ، وعلاج حالات الإدمان تضافر كافة التخصصات في المجتمع ، والتنسيق بين الأجهزة لأجل حماية أفراد المجتمع من الوقوع في براثن الإدمان.

وفي العقد الماضي ازدادت معدلات انتشار المخدرات (**الماريجوانا الهيروين ، الحشيش ، الامفيتامينات ، الكحول ... الخ**) بمدارس التلاميذ صغار السن ، وحتى في المدارس الابتدائية ، لاسيما في المناطق الفقيرة والمحرومة من الخدمات ، وهؤلاء التلاميذ

أكثر انحداراً نحو التعاطي بسبب القصور في قدرتهم على فهم العواقب المترتبة على التعاطي (Downey & Low , 1974).

تعريف المخدرات

للمخدرات تعريفان : تعريف علمي وتعريف قانوني.

أ-التعريف العلمي : المخدر مادة كيميائية تسبب النعاس والنوم أو غياب الوعي المصحوب بتسكين الألم وكلمة مخدر ترجمة لكلمة Narcotic المشتقة من الإغريقية Narkosis التي تعني يخدر أو يجعل مخدراً.

ب- التعريف القانوني : المخدرات مجموعة من المواد تسبب الإدمان وتسمم الجهاز العصبي ويحظر تداولها أو زراعتها أو صنعها إلا لأغراض يحددها القانون ولا تستعمل إلا بواسطة من يرخص له بذلك.

وتشمل :الأفيون ومشتقاته والحشيش وعقاقير الهلوسة والكوكايين والمنشطات ولكن لا تصنف الخمر والمهدئات والمنومات ضمن المخدرات على الرغم من قابليتها لإحداث الإدمان (**عادل الدمرداش**، ١٩٨٢، ١٠ ١١).

إدمان المخدرات هو حالة تسمم دورية أو مزمنة محطمة للفرد والمجتمع وتنتج من الاستعمال المتكرر للمخدرات ، سواء الطبيعية أو المخلقة كيميائياً وهو سلوك قهري استحواذي اندفاعي تعودي (**عبد الرحمن العيسوي** ، ١٩٩٤ ٧٩).

ومميزات أو خصائص هذه الحالة تتلخص فيما يلي :

١- رغبة غلابة أو حاجة قهرية للاستمرار في تعاطي العقار والحصول عليه بأية طريقة.

٢- ميل إلي زيادة الجرعة المتعاطاة من العقار.

٣- اعتماد سيكولوجي وجسماني بوجه عام علي أثار العقار.

٤- تأثير ضار مؤذ للفرد والمجتمع (**سعد المغربي** ، ١٩٨٦ ، ٢٣).

ولعل أهم العقاقير التي تؤدي إلي الإدمان ما يلي :

١- الخمر أو المشروبات الكحولية مثل البيرة والنبيذ والويسكي والفودكا والعرقي .

٢- المخدرات مثل الحشيش والأفيون مثل المورفين والكودايين والهيروين والبتيدين والميثادون وشبيهات الأفيون المصنعة مثل : السوسيجون والدولوكسين.

٣- المنومات مثل اللومينال والجاردينال والكلورال والدوريدين والبارالديهايد.

٤- المهدئات مثل الفاليوم والفالينيل والبيبريوم واللبران والاتيفات والليكسوتانيل والكويتان.

٥- المنشطات والمنبهات مثل الريتالين والديكسيدرين والميثيدرين والامفتيامين والكافين.

٦- الكوكايين.

٧- عقاقير الهلوسة مثل حامض الليسيرجيك وبعض مشتقات الامفيتامين .

٨- القات ، والنيكوتين ، وبعض الأدوية المضادة للسعال وبعض مضادات الحساسية (عبد اللطيف موسي ، ١٩٨٥ ، ١٥٨).

معدلات انتشار الادمان لدي العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة

تمثل مشكلة الإدمان في دول شرق أسيا معضلة كبيرة فقد عانت الصين لمدة طويلة حتى نجحت في القضاء عليه وفي أواخر القرن التاسع عشر كان عدد المدمنين في أمريكا يتراوح ما بين ١٪ إلي ٤٪ ، والغالبية العظمي من مدمني المخدرات يأتون من مستوي اقتصادي متدني (عباس عوض ، ١٩٨٩ ، ١٥٩).

وانتهت نتائج جونسون وآخرون (Johnston et al ., 1989) إلي أن نسبة من يتعاطون الكحوليات من الطلاب الراشدين في الصف الثاني عشر بلغت ٩١٪ وتدخين السجائر ٦٨٪ ، وتعاطي الذكور للماريجوانا ١٣٪ وللإناث ٢٨٪ علي الأقل مرة في كل أسبوع وتدخين السجائر ٢٩٪ في الشهر السابق لهذا المسح.

انتهت نتائج دراسة جريس وبوس(Gress & Boss ,1996) إلي أن ٢٧٪ من الطلاب المعوقين في المدارس العليا يدخنون السجائر خلال الشهور السابقة للمسح ، وأن معدلات انتشار تدخين السجائر في الصفوف من ٤ إلي ٦ شهور بلغت ٥٪ ، وإلي انتشار المخدرات بين المعوقين من طلاب المدارس العليا فكانت معدلات تعاطي الكحول ٥٥٪ في مقابل ٧٢٪ للعاديين ، والماريجوانا كانت ٢٤ مقابل ٢٨٪ للعاديين ، والكوكايين ٣ في مقابل ٥٪ للعاديين.

انتهت نتائج دراسة باك وآخرون (Pack et al ., 1998) إلي أن ٤٨٪ و٣٩٪ من المتخلفين عقلياً والعاديين علي التوالي يدمنون الكحوليات ، وإدمان الماريجوانا كان ١٣٪ للمتخلفين عقلياً في مقابل ١٠٪ للعاديين. وأسفرت نتائج دراسة اميرسون وتيرنبول (Emerson &Turnbull , 2005) عن أن المتخلفين عقلياً الذين تتراوح أعمارهم ما بين

١١-١٥ سنة ، يدخنون السجائر بنسبة ١٤٪ في مقابل ٨٪ للعاديين. وكانت لدي الراشدين المتخلفين عقلياً ١٨٪ لعينة بلغ قوامها (١٣٦) متخلفاً عقلياً:

(Hymowitz, et al ., 1997).

معدلات انتشار الإدمان لدي المعوقين سمعياً مرتفعة مقارنة بما وجد لدي أقرانهم العاديين (Lipton &Goldatein , 1997) . فقد وجد دَيجل (Daigle , 1994) أن نسبة الإدمان لدي الصم كانت (١٧٪) في مقابل (١٥٪) لدي الأفراد عادي السمع. وقدرت المؤسسة الوطنية في الولايات المتحدة الأمريكية أن متعاطي الكحوليات بلغت نسبتهم ٧٣.٠٠٠ أصم ، والصم المدمنين للهيروين ٨.٥٠٠ ، والصم المدمنين للكوكايين ١٤.٧٠٠ ، والصم المدمنين للماريجوانا ١٠٠.٠٠٠ (Kearns , 1989) .

وجد بلارد (Pallard , 1994) **أن** نسبة الإدمان في الصم كانت (٢.٩٪). وقد قدر ١٠٪ من الصم مدمنين للكحوليات والعقاقير (Locke &Johnson , 1981) ولا توجد فروق بين عادي السمع والمعوقين سمعياً في تعاطي الكحوليات (Isaacs et al ., 1979 ; Lewis et al ., 1969) وأشارت نتائج دراسة رينر وألثر (Rainer & Altshuler , 1966) إلي أنه لم يستقبل أي فرد أصم الإصابة بالذهان الذي يرجع إلي تعاطي الكحول في عينة تتألف من (٤٠٠٠) من المرضي عادي السمع. وانتهت نتائج دراسة مور (Moore , 1992) إلي أن ٦١.٣٪ من الصم يتعاطون الكحوليات ، و٣٤.٤٪ يتعاطي والديهم الكحوليات ، و١٢.٩٪ يتناولون عقاقير و٩.٤٪ مدخنين.

ترتفع معدلات إدمان المعوقين بصرياً فقد انتهت نتائج دراسة كوك وآخرون (Koch et al ., 2004) **إلي أن** الأفراد المعوقين بصرياً يتعاطون الكحوليات ، ويدمنون المواد المخدرة بمعدلات أكبر مما هو متوقع لدي العاديين. وأن أعداداً كبيرة منهم دخلت المستشفيات طلباً للعلاج من الإدمان (Nelipovich et al ., 1998) .

انتهت نتائج دراسة ديمترا وجراي (Demetra &Gary , 1993) **إلي أن** ذوي صعوبات التعلم البالغ عددهم ١٩١ مراهقاً وتراوحت أعمارهم ما بين ١٢الي ١٨ سنة كانوا أكثر تكراراً لتعاطي المواد المخدرة مقارنة بالعاديين. وأسفرت نتائج دراسة بلوم وآخرون (Blum et al., 2001) عن أن معدلات انتشار تدخين السجائر لدي ذوي صعوبات التعلم بلغ ٢٧٪ ، والماريجوانا ٢٦٪ ، وتعاطي الكحوليات ١٥٪. بينما انتهت نتائج دراسة إميرسون وتيرنبول (Emerson &Turnbull , 2005) إلي ارتفاع نسبة تعاطي الكحول بين ذوي صعوبات التعلم في عينات تتراوح أعمارهم ما بين ١١-١٥ سنة.

انتهت نتائج دراسة جانكوفك(Janeković, , 2003) إلي أن المعوقين بدنياً أكثر تناولاً للكحوليات ، وبدوافع مختلفة تماماً مقارنة بالعاديين ، ولا توجد فروق بين المعوقين بدنياً وأقرانهم العاديين في معدلات التدخين من حيث كميته وتكراره ودوافعه ، ووجدت فروق دالة بين المجموعتين في تعاطي العقاقير ، والمواد المخدرة ويعزي ذلك إلي أن اتجاهات المعوقين بدنياً إزاء ذواتهم اتسمت بالسلبية . **وأظهرت نتائج دراسة أوجبورن وسمارت** (Ogborne &Smart , 1995) **أن** معدلات الانتشار بلغت ٥.٣ في عينة المعوقين بدنياً والذين يجدون صعوبات في العمل بسبب الإدمان ، وأن ٨.٠٦٪ قرروا أن إعاقتهم البدنية تحد من اشتراكهم في العمل . وأسفرت نتائج دراسة مور وبلسجروف (Moore& Polsgrove , 1989) إلي أن ٣٥٪ من طلاب الجامعة المعوقين بدنياً يتعاطون الماريجوانا .

أعراض الإدمان

الأرق ، الغثيان ، والقيء ، والرشح ، وسرعة النبض ، واتساع حدقة العين وارتفاع درجة الحرارة ، وارتفاع ضغط الدم ، وحكة الجلد ، والقلق ، والهلوسة والرعشة ، والإسهال ، والهذاءات ، واحمرار العينين ، واضطراب التنفس ، وتصبب العرق(**عبد الرحمن العيسوي ، ٢٠٠٤ ، ٢٤٣-٢٤٤**).

أسباب الإدمان

رفقاء السوء ، التقليد والمحاكاة ، الرغبة في التجربة ومعرفة المذاق والأزمات النفسية ، والصراع ، والقلق والتوتر ، والفشل ، والإحباط ، والضغوط واليسر المادي ، وفقدان الوازع الديني الخلقي (**عبد الرحمن العيسوي ، ١٩٩٤ ، ٧٩-٨٠**).

انشغال الآباء بأمورهم الخاصة عن الأبناء فيقل الاحتكاك بين الطرفين ويزيد الاغتراب ، وحاجة البعض الملحة إلي التعويض ليسدوا به قصوراً نفسياً واجتماعياً بالتعاطي ، طبيعة المعيشة في المدن الكبرى ، يلاحظ أن ٨٠٪ من متعاطي الهيروين من سكان المدن ، توفر وسهولة الحصول علي المواد المخدرة:

(**عبد الرءوف ثابت ، ١٩٩٣ ، ٣٦٢-٣٦٣**)

تري مدرسة التحليل النفسي أن الإدمان وسيلة علاج ذاتي يلجأ إليها الشخص لإشباع حاجات طفلية لاشعورية **ويتم ذلك نتيجة لعاملين الأول** : نكوص الفرد إلي المرحلة الطفلية كحيلة دفاعية لاشعورية في مواجهة مكبوتاته وما يتعرض له من احباطات. والثاني: اضطراب نموه النفسي والجنسي حيث تثبت لديه الطاقة الجنسية في

منطقة الفم ويتجلي هذا التثبيت في ظهور صفات دالة عليه منها السلبية ، وعدم القدر علي تحمل التوتر النفسي والألم والإحباط (محمد عودة ، كمال مرسي ، ١٩٩٤، ٣٥٤-٣٥٥).

ويري المنظور المعرفي أن سلوك الإدمان يبني علي التوقعات والاعتقادات والاتجاهات في تعاطي المواد المخدرة(فوقية حسن ،٢٠٠٦ ، ١٩٧).

علاج مشكلة الإدمان

يجب أن تتضافر جهود جميع التخصصات في علاج مشكلة الإدمان (الطبية ، النفسية ، الاجتماعية التربوية ، الأمنية).

والعلاج الطبي يقوم علي الفطام التدريجي للمدمن من مادة الإدمان باستخدام البدائل ، وعلاج أعراض الانسحاب ثم التوقف ، وسد القنوات العصبية التي تسلكها مادة الإدمان داخل جسم المدمن للتأثير في سلوكياته(حامد زهران ٢٠٠٥ ، ٤٤٥).

فيمكن إعطاء عقار الميثادون المخدر وهو مركب أقل نشاطاً من المستحضر الأفيوني عن طريق الفم بجرعات متناقصة (بيتر لوري ، ١٩٩٠، ١٨٠).

والعلاج النفسي يفيد بطرقه المختلفة مثل العلاج السلوكي والعلاج الديني والعلاج بالعمل ، والعلاج البيئي والاجتماعي والترويحي ، وتلعب الرعاية الاجتماعية المصاحبة أثناء العلاج واللاحقة له دوراً هاماً أيضاً(حامد زهران ٢٠٠٥ ، ٤٤٥).

المراجع

١. **إبــراهيم الزريقــات** (٢٠٠٤). التوحـد الخـصائص والعـلاج. عمـان : دار وائـل للطباعة والنشر.

٢. **إبراهيم وجيه** (١٩٧٤) . صحة النفس . طرابلس: دار مكتبة الفكر.

٣. **أبــو بكــر شــريف** (١٩٨٧). الأكزيما ، حساسية الملامسة ، الحساسية الوراثيـة ، والعصبية "الارتكاريا". في عبد الرحمن نور الدين- محرر، متاعب الجلد والشعر. دار الهلال – الكتاب الطبي .

٤. **أحمد عبد الخالق** (٢٠٠٠) . الدراسات التطورية للقلق . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية.

٥. أحمد عبد الخالق (٢٠٠٢). الوسـواس القهـري : التشخيص والعلاج . الكويت : جامعة الكويت ، لجنة التأليف والنشر.

٦. **أحمـد عبـد الخـالق**(١٩٩٧). فقدان الشهية العصبي . الكويت: مؤسسة الكويت للتقدم العلمي .

٧. **أحمد عكاشة** (١٩٨٦). علم النفس الفسيولوجي . القاهرة : دار المعارف.

٨. **أحمد عكاشة** (٢٠٠٣). الطب النفسي المعاصر. القاهرة : الأنجلو المصرية.

٩. **أحمد فائق ، محمود عبد القادر** (١٩٨٠). مدخل إلي علم النفس العام . القاهرة : الأنجلو المصرية.

١٠. **أحمد يحيي الزق** (٢٠٠٦). علم النفس . عمان : دار وائل للطباعة والنشر .

١١. **أديب محمد الخالد**(٢٠٠٦). مرجع في علم النفس الاكيلينيكي المرضي الفحص والعلاج. عمان ، دار وائل للنشر والتوزيع.

١٢. **إنتصار يونس** (١٩٨٥). السلوك الإنساني . القاهرة : دار المعارف.

١٣. **أمار محمد كحلة** (١٩٨٨). الصرع وأنواعه . في عبد الرحمن نور الدين محرر ، المخ ، دار الهلال – الكتاب الطبي.

١٤. **إيمان فؤاد كاشف** (٢٠٠١) . الإعاقة العقلية بين الإهمال والتوجيه . القاهرة دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع .

١٥. **ب .ب . ولمان** (١٩٩١). مخاوف الأطفال . القاهرة: الأنجلو المصرية.

١٦. **البرت. ج. فورجيوني ، ريتشارد سيرويت ، دانيال بيج**(٢٠٠٥). سيكولوجية المخاوف. ترجمة : أحمد محمد مبارك الكندري ، الكويت : مكتبة الفلاح.

١٧. **بشري كاظم الحوشان الشمري** (٢٠٠٧). علم نفس الشخصية .عمان : دار الفرقان للنشر والتوزيع.
١٨. **بيتر لوري** (١٩٩٠). المخدرات حقائق اجتماعية ونفسية وطبية . الهيئة المصرية العامة للكتاب .
١٩. **تريفور باول** (٢٠٠٥). الصحة النفسية . ترجمة . قسم الترجمة بدار الفاروق ، القاهرة : دار الفاروق .
٢٠. **ثائر أحمد غباري ، خالد أبو شعيرة ، صفية الجبالي** (٢٠٠٨). علم النفس العام . عمان : مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.
٢١. **ثائر أحمد غباري**(٢٠٠٨).الدافعية النظرية والتطبيق . عمان : دار المسيرة.
٢٢. **جمعة سيد يوسف** (١٩٩٠). سيكولوجية اللغة والمرض العقلي. سلسلة عالم المعرفة العدد(١٤٥) ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، الكويت.
٢٣. **جمعة سيد يوسف** (٢٠٠١). النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية . مراجعة نقدية .القاهرة : دار غريب.
٢٤. **جون ر.أندرسون**(٢٠٠٧). علم النفس المعرفي وتطبيقاته. ترجمة : محمد صبري سليط ، رضا مسعد الجمال . عمان : دار الفكر.
٢٥. **جيستن ، ي. ز.ج ، ريتشارد، ريتشارد . ل .ك ، كروسن ، ج.ك** (١٩٩٤). التدريس الابتكاري لذوي التخلف العقلي . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية.
٢٦. **جيفري ي .يونج ، أرون ت .بيك، آرثر واينبرجر**(٢٠٠٢).الاكتئاب ترجمة : صفوت فرج. ، تحرير في مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية تحرير ديفيد هبارلو، القاهرة : الأنجلو المصرية.
٢٧. **حامد زهران** (١٩٧٧) . علم النفس النمو. ط٤ ، القاهرة : عالم الكتب .
٢٨. **حامد زهران** (٢٠٠٥) . الصحة النفسية والعلاج النفسي . ط٤ ، القاهرة : عالم الكتب .
٢٩. **حسام الدين عزب** (١٩٨١). العلاج السلوكي الحديث ، تعديل السلوك أسسه النظرية وتطبيقاته العلاجية والتربوية . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
٣٠. **حسان شمسي باشا**(١٩٩٣). النوم والأرق والأحلام بين الطب والقرآن . جدة : دار المنارة للنشر والتوزيع.

٣١. **حسن مصطفي عبد المعطي** (٢٠٠٣ - ب). الأمراض السيكوسوماتية التشخيص- الأسباب- العلاج. القاهرة : مكتبة زهراء الشرق.

٣٢. **حسن مصطفي عبد المعطي**(٢٠٠٣ - أ). الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة : الأسباب -التشخيص-العلاج. القاهرة : مكتبة القاهرة للكتاب.

٣٣. **حلمي المليجي**(ب ت) علم النفس المعاصر. بيروت : دار النهضة العربية.

٣٤. **حمدي علي الفرماوي** (٢٠٠٤). دافعية الإنسان بين النظريات المبكرة والاتجاهات المعاصرة . القاهرة : دار الفكر العربي.

٣٥. **حنان عبد الحميد العناني** (١٩٩٥). الصحة النفسية للطفل . عمان : دار الفكر للطباعة والنشر.

٣٦. **خليل إبراهيم البياتي**(٢٠٠٢). علم النفس الفسيولوجي . عمان : دار وائل للطباعة والنشر.

٣٧. **دار الهلال** (١٩٨٣-أ). أنت ومتاعب الجهاز الهضمي . الكتاب الطبي .

٣٨. **دار الهلال** (١٩٨٣-ب). أنت والروماتزم ، الكتاب الطبي.

٣٩. **دافيد .س زرجز ، إدنا ب . فوا** (٢٠٠٢). اضطراب الوسواس القهري . ترجمة : هبة ابراهيم . ، تحرير في مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية تحرير ديفيد هـ بارلو ، القاهرة : الأنجلو المصرية.

٤٠. **دائيد .ف . شيهان** (١٩٨٨). مرض القلق . سلسلة عالم المعرفة ، العدد ١٢٤، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، الكويت.

٤١. **ديرا أ.هوب ، ريتشارد ج. هيمبرج** (٢٠٠٢).الرهاب والقلق الاجتماعي. ترجمة : محمد نجيب أحمد الصبوة ، تحرير في مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية ، تحرير ديفيد هـ بارلو ، القاهرة : الأنجلو المصرية.

٤٢. **راضي الوقفي** (٢٠٠٣). مقدمة في علم النفس .عمان : دار الشروق للنشر والتوزيع.

٤٣. **رجاء محمود أبو علام** (٢٠٠٤). التعلم أسسه وتطبيقاته ، عمان ، دار المسيرة للنشر والتوزيع.

٤٤. **رشاد موسى**(٢٠٠٦).سيكولوجية الشره العصبي. القاهرة : عالم الكتب.

٤٥. **زكريا الشربيني** (٢٠٠٢).المشكلات النفسية عند الأطفال . القاهرة : دار الفكر العربي.

٤٦. **زيدان أحمد السرطاوي، عبد العزيز الشخص** (١٩٩٨). بطارية قياس الضغوط النفسية وأساليب المواجهة والحاجات لأولياء أمور ذوي الحاجات الخاصة ، "دليل المقياس " الأمارات العربية المتحدة ، العين، دار الكتاب الجامعي .
٤٧. **زيدان حواشين ، مفيد حواشين** (١٩٩٦) . النمو البدني عند الطفل . عمان دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع .
٤٨. **زينب شقير**(٢٠٠٢) .سلسلة الأمراض السيكوسوماتية احذر اضطرابات الأكل فقدان الشهية العصبي (**الانوركسيا**)الشره العصبي(**البوليميا**) السمنة(**الاوبستى**).القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.
٤٩. **زينب محمود شقير** (٢٠٠٥). خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة : الدمج الشامل التدخل المبكر، التأهيل المتكامل . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية.
٥٠. **سامر جميل رضوان** (٢٠٠٧). الصحة النفسية .عمان : دار المسيرة.
٥١. **سامي عبد القوي** (٢٠٠١).علم النفس العصبي الأسس وطرق التقييم . العين : جامعة الإمارات العربية المتحدة.
٥٢. **سامي عبد القوي علي** (١٩٩٤). مقدمة في علم النفس البيولوجي . القاهرة : النهضة المصرية.
٥٣. **سبيليرجر، جورستش، لوشين، فاج ، جاكوبز** (١٩٩٢) . دليل تعليمات القلق (الحالة والسمة) ، ط٢، تعريب وإعداد : أحمد عبد الخالق ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.
٥٤. **سعاد البشر ، صفوت فرج**(٢٠٠٢). المقارنة بين كل من العلاج السلوكي بأسلوب التعرض ومنع الاستجابة وبين العلاج الدوائي لمرضي الوسواس القهري . دراسات نفسية ، مج١٢ ع٢ ، ٢٠٧-٢٢٧.
٥٥. **سعاد غيث** (٢٠٠٦). الصحة النفسية للطفل . عمان : دار صفاء.
٥٦. **سعد المغربي** (١٩٨٦). سيكولوجية تعاطي الأفيون ومشتقاته هيئة المصرية العامة للكتاب.
٥٧. **سعد جلال** (١٩٨٥) . المرجع في علم النفس ، القاهرة ، دار الفكر العربي .
٥٨. **سعيد حسني العزة**(٢٠٠٢-أ).المدخل إلي التربية الخاصة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة.عمان : الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع.

٥٩. سعيد حسني العزة(٢٠٠٢-ب). التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية. عمان : الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع.
٦٠. سمير بقيون(٢٠٠٧). الطب النفسي. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
٦١. سهير كامل(١٩٩٣). الصحة النفسية والتوافق . القاهرة : الأنجلو المصرية.
٦٢. سوسن شاكر مجيد(٢٠٠٨). اضطرابات الشخصية. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
٦٣. سيد صبحي(٢٠٠٣). الإنسان وصحته النفسية. القاهرة : الدار المصرية اللبنانية.
٦٤. سيد عبد الموجود(١٩٩٩).اضطرابات الأكل لدى المراهقين والشباب وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية. رسالة ماجستير، كلية الآداب جامعة الزقازيق ، فرع بنها.
٦٥. سيلفانو أريتي (١٩٩١). الفصامي : كيف نفهمه ونساعده ، دليل للأسرة وللأصدقاء ، سلسلة عالم المعرفة ، العدد ١٥٦ ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، الكويت.
٦٦. شارلز شيفر ، هوارد مليمان (٢٠٠٦). سيكولوجية الطفولة والمراهقة مشكلاتها وأسبابها وطرق حلها. ترجمة : سعيد حسني العزه. عمان : دار الثقافة للنشر والتوزيع.
٦٧. صالح حسن الداهري(٢٠٠٥). علم النفس الإرشادي . عمان ، دار وائل للنشر.
٦٨. صالح حسن الداهري(٢٠٠٨). أساسيات التوافق النفسي والاضطرابات السلوكية والانفعالية: الأسس والنظريات.عمان : دار صفاء للنشر والتوزيع.
٦٩. صلاح مخيمر (١٩٧٩). المدخل إلي الصحة النفسية. القاهرة : الأنجلو المصرية.
٧٠. صموئيل مغاريوس (١٩٧٤). الصحة النفسية والعمل المدرسي . القاهرة : النهضة المصرية.
٧١. طارق بن علي الحبيب(٢٠٠٧). الفصام . الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية.
٧٢. عادل الدمرداش (١٩٨٢). الإدمان مظاهره وعلاجه . سلسلة عالم المعرفة العدد :٥٦ ، المجلي الوطني للثقافة والفنون والآداب -الكويت.
٧٣. عادل صادق(٢٠٠٣). الطب النفسي. القاهرة : مؤسسة حورس الدولية.
٧٤. عادل عبد الله(٢٠٠٠). العلاج المعرفي السلوكي، أسس و تطبيقات. القاهرة : دار الرشاد.

٧٥. **عادل عز الدين الأشول** (١٩٩٩) . دراسة للحاجات النفسية والاجتماعية لذوي الحاجات الخاصة . ندوة الإرشاد النفسي والمهني من أجل نوعية أفضل لحياة الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة ، جامعة الخليج العربي بالتعاون مع الجمعية العُمانية للمعوقين ، مسقط – عمان (١٩-٢١ ابريل) ، ١٩-٤٠.
٧٦. **عباس محمود عوض** (١٩٧٧). الموجز في الصحة النفسية . القاهرة : دار المعارف بمصر.
٧٧. **عباس محمود عوض** (١٩٨٩). علم النفس الفسيولوجي . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية.
٧٨. **غباس محمود عوض** (ب ت) . علم النفس العام . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية.
٧٩. **عبد الرءوف ثابت** (١٩٩٣). مفهوم الطب النفسي. القاهرة : مطابع الأهرام بكورنيش النيل.
٨٠. **عبد الرحمن العيسوي** (١٩٩٤). سيكولوجية الإدمان وعلاجه . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية.
٨١. **عبد الرحمن العيسوي** (١٩٩٧). العلاج السلوكي. بيروت : دار الراتب الجامعية.
٨٢. **عبد الرحمن العيسوي**(١٩٨٩). أمراض العصر . الإسكندرية : دار المعرفية الجامعية.
٨٣. **عبد الرحمن العيسوي**(٢٠٠٤).كيفية التمتع بالصحة النفسية . بيروت : دار النهضة العربية.
٨٤. **عبد الرحمن سيد سليمان**(٢٠٠٤). الإعاقات البدنية .القاهرة: زهراء الشرق.
٨٥. **عبد الرحمن عدس ، محي الدين توق**(١٩٨٦).المدخل إلي علم النفس. نيويورك : جون وايلي وأبنائه.
٨٦. **عبد الرحمن عدس ، نايفة القطامي**(٢٠٠٢). مبادئ علم النفس . عمان : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
٨٧. **عبد الرقيب البحيري**(٢٠٠٤). نموذج مقترح لدمج المتخلفين عقلياً ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية مع العاديين ، المؤتمر السنوي الحادي عشر، مركز الإرشاد النفسي – جامعة عين شمس ، الشباب من أجل مستقبل أفضل " الإرشاد النفسي وتحديات التنمية ، ٢٥-٢٧ ديسمبر، ٨٩٩-٩١٧.

٨٨. عبد الستار إبراهيم (١٩٨٥) . الإنسان وعلم النفس . سلسلة عالم المعرفة ، العدد ٨٦ ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، الكويت.
٨٩. عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث أساليبه وميادين تطبيقه . دار الفجر للنشر والتوزيع .
٩٠. عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨). الاكتئاب ، اضطراب العصر الحديث : فهمه وأساليب علاجه ، سلسلة عالم المعرفة ، العدد(٢٣٩) ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، الكويت.
٩١. عبد الستار إبراهيم ، عبد الله عسكر (١٩٩٩) . علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي . القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
٩٢. عبد الستار إبراهيم وآخرون (١٩٨٠) . العلاج النفسي الحديث . سلسلة عالم المعرفة ، العدد (٢٧) المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب الكويت.
٩٣. عبد الستار إبراهيم وآخرون (١٩٩٣) . العلاج السلوكي للطفل أساليبه ونماذج من حالاته ، سلسلة عالم المعرفة ، العدد (١٨٠) ، الكويت ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
٩٤. عبد السلام عبد الغفار (٢٠٠٧). مقدمة في الصحة النفسية . عمان : دار الفكر.
٩٥. عبد العزيز القوصي (١٩٧٥). أسس الصحة النفسية . القاهرة : النهضة المصرية.
٩٦. عبد الكريم الحجاوي(٢٠٠٤). موسوعة الطب النفسي. عمان : دار أسامة للنشر والتوزيع.
٩٧. عبد اللطيف موسي عثمان (١٩٨٥). أسرار المخ والأعصاب.كتاب اليوم الطبي ، أخبار اليوم.
٩٨. عبد المجيد نشواتي (١٩٨٤). علم النفس التربوي. عمان: دار الفرقان.
٩٩. عبد المطلب القريطي (١٩٩٨). في الصحة النفسية . القاهرة : الفكر العربي.
١٠٠.عبد المطلب القريطي(٢٠٠١). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم. القاهرة : دار الفكر العربي.
١٠١.عبد المنعم الحفني (١٩٩٤) . موسوعة علم النفس والتحليل النفسي . القاهرة : مكتبة مدبولي.

١٠٢. عبد المنعم الحفني(١٩٩٥). موسوعة الطب النفسي . القاهرة : دار النهضة المصرية.
١٠٣. عز الدين جميل عطية (٢٠٠٣). الأوهام المرضية أو الضلالات في الأمراض النفسية والعنف . القاهرة : عالم الكتب.
١٠٤. عطا الله فؤاد الخالدي (٢٠٠٨). قضايا إرشادية معاصرة . عمان : دار صفاء للنشر والتوزيع.
١٠٥. عطا الله فؤاد الخالدي ، دلال سعد الدين العلمي (٢٠٠٩).الصحة النفسية وعلاقتها بالتكيف والتوافق . عمان : دار صفاء للنشر والتوزيع.
١٠٦. علاء الدين كفافي(١٩٩٠).الصحة النفسية .القاهرة : دار هجر.
١٠٧. علي كمال (١٩٨٨-أ). النفس انفعالاتها وأمراضها وعلاجها . ط٤ الجزء الأول ، بغداد: الدار العربية.
١٠٨. علي كمال (١٩٨٨-ب). النفس انفعالاتها وأمراضها وعلاجها . ط٤ الجزء الثاني ، بغداد: الدار العربية.
١٠٩. عمر شاهين (١٩٨٨). تفهم المشاكل النفسية للمعوق كوسيلة للحد من الإعاقة ، بحوث ودراسات المؤتمر الرابع لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية ، الحد من الإعاقة ، من ٦-٨ ديسمبر ،٥٥-٦٦.
١١٠. فؤاد أبو حطب (١٩٩٠). القدرات العقلية . القاهرة : الأنجلو المصرية.
١١١. فاروق محمد صادق (١٩٨٢) . سيكولوجية التخلف العقلي . ط٢ ، الرياض جامعة الملك سعود ، عمادة شئون المكتبات .
١١٢. فتحي السيد عبد الرحيم (١٩٨١) . الدراسة المبرمجة للتخلف العقلي. الكويت : مؤسسة الصباح.
١١٣. فتحي السيد عبد الرحيم (١٩٨٣) . قضايا ومشكلات في سيكولوجية الإعاقة ورعاية المعوقين ، النظرية والتطبيق . الكويت : دار القلم .
١١٤. فتحي السيد عبد الرحيم (١٩٩٠). سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة .الكويت : دار القلم.
١١٥. فرج عبد القادر طه (١٩٧٩). الشخصية ومبادئ علم النفس. القاهرة : مكتبة الخانجي.

١١٦. فرويد (١٩٨٣). الكف والعرض والقلق . ترجمة: محمد عثمان نجاتي القاهرة : دار شروق.

١١٧. فوقية حسن رضوان(٢٠٠٦). الإعاقة الصحية .القاهرة : دار الكتاب الحديث.

١١٨. قاسم حسين صالح(٢٠٠٨). الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية أسبابها وأعراضها وطرائق علاجها . عمان : دار دجلة.

١١٩. كرستين تمبل(٢٠٠٢). المخ البشري ، مدخل إلي دراسة السيكولوجيا والسلوك ، سلسلة عالم المعرفة ، العدد ٢٨٧، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، الكويت.

١٢٠. كمال إبراهيم مرسي (١٩٨٦). علاقة مشكلات التوافق في المراهقة بادراك المعاملة الوالدية في الطفولة . المجلة التربوية ، المجلد الثالث عدد(١٠) ، ١٠٢-١٣٣.

١٢١. كوفيل ، تيموثي د . كوستيللو ، فابيان ل. روك (١٩٨٦) . الأمراض النفسية ترجمة : محمود الزيادي ، جامعة عين شمس ، مكتبة سعيد رأفت.

١٢٢. كولز (١٩٩٢). المدخل إلي علم النفس المرضي الإكلينيكي ، ترجمة : عبد الغفار الدماطي ، ماجدة حامد حماد ، حسن علي حسن ، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية.

١٢٣. لطفي الشربيني (٢٠٠١).الاكتئاب ، الأسباب والمرض والعلاج .بيروت : دار النهضة العربية.

١٢٤. لطفي الشربيني (٢٠٠٠). اضطرابات النوم : كيف تحث وما هو العلاج ؟ كتاب الشعب الطبي ، العدد ٢٣ ، القاهرة : مؤسسة دار الشعب للصحافة والطباعة والنشر.

١٢٥. لندا .دافيدوف (١٩٩٧). مدخل علم النفس ،ترجمة :سيد الطواب محمود عمر ، نجيب خزام ، مراجعة وتقديم : فؤاد أبو حطب ، القاهرة : الدار الدولية للنشر والتوزيع.

١٢٦. لويس كامل مليكه (١٩٩٨) تعديل سلوك المعاق عقلياً دليل الوالدين والمعلم. القاهرة : مطبعة فيكتور كيرلس.

١٢٧. لويس مليكه (١٩٩٠). العلاج السلوكي وتعديل السلوك . الكويت : دار القلم .

١٢٨. مات ريدلي (٢٠٠١) . الجينوم ، السيرة الذاتية للنوع البشري . ترجمة : مصطفي إبراهيم فهمي ، سلسلة عالم المعرفة ، العدد : ٢٧٥ ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، الكويت.

١٢٩. مأمون صالح (٢٠٠٨). الشخصية : بناؤها ، تكوينها ، أنماطها اضطراباتها . عمان : دار أسامة للنشر والتوزيع.

١٣٠. مايكل كراسك ، ديفيد بارلو (٢٠٠٢). اضطراب الهلع ومخافة الأماكن المفتوحة . ترجمة : صفوت فرج ، تحرير في مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية ، تحرير ديفيد هـ بارلو ، القاهرة : الأنجلو المصرية.

١٣١. مجدي محمد الدسوقي (٢٠٠٦) اضطرابات النوم ، الأسباب ، التشخيص الوقاية والعلاج . القاهرة : الأنجلو المصرية .

١٣٢. محمد أحمد إبراهيم سعفان(٢٠٠٣). اضطراب الوساوس والأفعال القهرية : الخلفية النظرية- التشخيص-العلاج . القاهرة : مكتبة زهراء الشرق.

١٣٣. محمد أحمد الفضل الخاني(٢٠٠٦). المرشد إلي فحص المريض النفساني. بيروت: منشورات الحلبي الحقوقية.

١٣٤. محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٠-أ). علم الأمراض النفسية والعقلية (الأسباب - الأعراض- التشخيص-العلاج) ، الكتاب الأول :الجزء الأول . القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

١٣٥. محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٠-ب). علم الأمراض النفسية والعقلية (الأسباب - الأعراض- التشخيص-العلاج) . الكتاب الأول :الجزء الثاني ، القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

١٣٦. محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨). نظريات الشخصية . القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

١٣٧. محمد أيوب شيحمي(١٩٩٤). مشاكل الأطفال كيف تفهمها ، المشكلات والانحرافات الطفولية ، وسبل علاجها . بيروت : دار الفكر اللبناني .

١٣٨. محمد هاني السكري (١٩٨٧). تركيب الجلد ووظائفه ، تركيب الشعر ودورات نموه ، في عبد الرحمن نور الدين- محرر، متاعب الجلد والشعر. دار الهلال – الكتاب الطبي .

١٣٩. **محمد هاني السكري (١٩٨٨)**. المخ : التشريح والوظيفة ، في عبد الرحمن نور الدين- محرر، المخ . دار الهلال – الكتاب الطبي .

١٤٠. **محمد جاسم العبيدي (٢٠٠٩)**. علم النفس الإكلينيكي . عمان : دار الثقافة للنشر والتوزيع.

١٤١. **محمد عبد الرازق هويدي (١٩٩٩)**. الأمراض النفسية لدي الأشخاص ذوي التخلف العقلي ، ندوة الإرشاد النفسي والمهني من أجل نوعية أفضل لحياة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة ، جامعة الخليج العربي بالتعاون مع الجمعية العمانية للمعوقين ، عمان – مسقط ، ١٩-٢١، ٧١-٩٣.

١٤٢. **محمد عثمان نجاتي (٢٠٠١)**. القرآن وعلم النفس. القاهرة : دار شروق .

١٤٣. **محمد عماد الدين إسماعيل (١٩٨٦)** .الأطفال مرآة المجتمع (النمو النفسي الاجتماعي للطفل) في سنواته التكوينية . سلسلة عالم المعرفة ، العدد : ٩٩ ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، الكويت.

١٤٤. **محمد عودة محمد ، كمال إبراهيم مرسي (١٩٩٤)** . الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام . الكويت : دار القلم .

١٤٥. **محمد قاسم عبد الله (٢٠٠٤)**.مدخل إلي الصحة النفسية.عمان : دار الفكر للنشر والتوزيع.

١٤٦. **محمد محروس الشناوي (١٩٩٧)**. التخلف العقلي : الأسباب ، التشخيص البرامج . القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

١٤٧. **محمد محروس الشناوي ، علي السيد خضر (١٩٨٦)**. مقياس بيك للاكتئاب . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

١٤٨. **محمد محروس الشناوي ، محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨)** . العلاج السلوكي الحديث ، أسسه وتطبيقاته . القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع .

١٤٩. **محمد مصطفي زيدان (١٩٨٤)**.الدوافع والانفعالات .جدة : دار عكاظ للطباعة والنشر.

١٥٠. **محمود السيد أبو النيل (١٩٩٤)**. الأمراض السيكوسوماتية .بيروت : دار النهضة العربية.

١٥١. **محمود حمودة(١٩٩١)**. الطفولة والمراهقة : المشكلات النفسية والعلاج القاهرة ، مركز الطب النفسي والعصبي للأطفال.

١٥٢. مختار نور الدين عثمان(٢٠٠٤).علم النفس الفسيولوجي. الكويت : مكتبة الفلاح.
١٥٣. مدحت حسين خليل (٢٠٠٢) . علم الغدد الصماء ، العين ، دار الكتاب الجامعي .
١٥٤. مصطفي خليل الشرقاوي(١٩٨٣).علم الصحة النفسية . بيروت : دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
١٥٥. مصطفي زيور (١٩٨٦). في النفس. بحوث مجمعة . القاهرة : دار النهضة العربية.
١٥٦. مصطفي سويف (٢٠٠١). مشكلة تعاطي المخدرات (بنظرة علمية).الهيئة المصرية العامة للكتاب .
١٥٧. مصطفي غالب (١٩٩١). تغلب علي الخوف. في سبيل موسوعة نفسية . بيروت : مكتبة الهلال .
١٥٨. مصطفي فهمي (١٩٩٥) . علم النفس الإكلينيكي. القاهرة : مكتبة مصر.
١٥٩. مفيد حواشين ، زيدان حواشين (٢٠٠٥). إرشاد الطفل وتوجيهه . عمان : دار الفكر.
١٦٠. ملاك جرجس (١٩٧٧). مخاوف الطفل وعدم ثقته بنفسه ، أسبابها والوقاية منها ، علاجها . الشركة العامة للنشر والتوزيع.
١٦١.نبيلة الشوربجي (٢٠٠٧).المشكلات النفسية للأطفال أسبابها -علاجها. القاهرة : دار النهضة العربية.
١٦٢. نعيم الرفاعي(١٩٨٧). الصحة النفسية ، دراسات في سيكولوجية التكيف، جامعة دمشق.
١٦٣. هول ، لندزي (١٩٧١). نظريات الشخصية. ترجمة : فرج أحمد فرج وقدري محمود حفني ولطفي محمد فطيم ، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للتأليف والنشر.
١٦٤. هيلين روس (١٩٨٦). مخاوف الأطفال ، ترجمة : السيد محمد خيري عبد العزيز القوصي ، القاهرة ، دار النهضة المصرية.
١٦٥. وائل أبو هندي (٢٠٠٣). الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي سلسلة عالم المعرفة ، الكويت ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب العدد ٢٩٣.

١٦٦. وولبه (١٩٨٥) . الأسس التجريبية لبعض أساليب العلاج النفسي الحديث ، ترجمة : فيصل عبد القادر يونس ، في مرجع علم النفس الإكلينيكي ، ترجمة : عبد الحليم محمود وآخرون ، القاهرة : دار المعارف.

١٦٧. يوسف القريوتي ، عبد العزيز السرطاوي ، جميل الصمادي (١٩٩٨). المدخل إلي التربية الخاصة. دبي: دار القلم.

١٦٨. يوسف ميخائيل (١٩٩٠). سيكولوجية الخوف . القاهرة : مكتبة نهضة مصر.

169. Abad-Alegría F,Gutiérrez, M.(1998). Characteristics of sleep in deafness. Revista De Neurologia. 26 (154), 959-61.

170. Aiken, F., ' &Sharp, F.(1997).Containment and exploration .group psychodynamic psychotherapy for personality disordered patients in a secure setting . Psychiatric Care , 4, 75-78.

171. Akdede , B. , Alptekin , K ., Akvardar. Y., & Kitis , A .(2005). Quality of life in patients with obsessive– compulsive disorder: relationship with cognitive function and clinical symptoms. Turk Psikiyatri Dergisi, 16(1), 13 – 19.

172. Alberdi, F.(1994). Psychiatric admissions among the deaf population in Denmark. Nordic Journal of Psychiatry, 50 (5),387-394.

173. Allen , & Elizabeth (1989). Behavioral treatment of anxiety and retarded disorders in adults with mental handicaps .A review , Mental Handicap Research , 2(1), 47-60.

174. Allik, H., Larsson , J., Smedje , L.(2006). Sleep patterns of school age children with A sperger syndrome or high –functioning Autism .Journal Autism .Dev. Disord , 36, 585-595.

175. Allwood , C.,&Gagiano, C.(1997).Handbook of psychiatry for primary care .Oxford university , Press .Oxford.

176. Altshuler , A.(1971). Studies of the deaf relevance to psychiatric theory .American Journal of Psychiatry , 127, 1521-1526.

177. Ambron, S.(1981). Child development, New York , Holt-Rinehart Swinston.

178. American Psychiatric Association .(2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders(4th.edn).Washington DC. Author.and disability. Austin, TX: PRO-ED.

179. Anderson , J., Williams , S., McGee , R., & Silva , P.(1987). DSM-III disorders in preadolescent children ,Archieves of General Psychiatry , 44, 69-76.

180. Ando, H .(1977). Training autistic children to urinate in the toilet through operant conditioning techniques. Journal of Autism And Childhood Schizophrenia ,7 (2),151-63.

181. Angold , A., Costello , E., Erkanli , A., Worthman , C.(1999). Pubertal changes in hormone levels and depression in girls. Psychol Med , 29, 1043-1053.

182. Antony , M .Dowine ,F ., & Swinson , R.(1998). Diagnostic issues and epidemiology in obsessive –compulsive disorder . in Swinson , R.,Antony , M ., Rachman , S ., & Richter , M.(eds.),obsessive – compulsive disorder: theory , research and treatment , New York : The Guilford Press.

183. Ash , D., Keegan, D., &Greenough , T.(1978). Factors in adjustment to blindness .Candian of Ophthalmology , 13(15), 15-21.

184. Atkinson, J(2006). The Perceptual Characteristics of Voice- Hallucinations in Deaf People: Insights into the Nature of Subvocal Thought and Sensory Feedback Loops. Schizophrenia Bulletin , 32 (4), 701–708

185.Bain, L., Scott, S., & Steinberg, A. (2004). Socialization experiences and coping strategies of adults raised using spoken language. Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 9(1), 121-128.

186.Baker , J.(1995).Depression and suicidal ideation among academically gifted adolescents .Gifted Child Quarterly , 139, 218-223.

187.Balla., D.,& Zigler, E.(1979). Personality development in retarded persons .In Ellis (ed.), Handbook of mental deficiency : Psychological theory and research (PP.154-168), Hillsdale, N.J.

188.Ballinger B, Reid A.(1987) .A standardized assessment of personality disorder in mental handicap. The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science [Br J Psychiatry] , Vol. 150, 108-109.

189.Ballinger, B., Reid , A., & Mcqueen, E.(1991). The psychiatric symptoms diagnosis and care needs of 100 mentally handicapped patients .British Journal of Psychiatry , 158, 251-254.

190.Barch , D., Sheline , Yvette , I., Csernansky , J. ,Snyder , A. (2003). Working memory and prefrontal cortex dysfunction : specificity to schizophrenia compared with major depression. Biology Psychiatry , 53,5,376-385.

191.Barker , D., Gluckman , P., Robinson , J.(1994).Conference report :fetal origins of adult disease –report of the first international study group .(Sydney , October , 29-30), Placenta, 16, 317-320.

192.Barnett, A., & Gotlib, H.(1988). Psychosocial functioning and depression : distinguishing among antecedents, concomitants and consequence , Psychological Bulletin , 104(1), 97-126.

193.Baroff,G. (1986) . Mental retardation , nature , cause and management , Hemisphere Publishing Corporation .

194.Baron , M., Asnis , L., Gruen, R.(1983). Plasma amine oxidase and genetic vulnerability schizophrenia .Arch Gen Psychiatry, 40:275-282.

195.Barraclough , B., Bunch , J., Nelson , B.,& Sainsbury, P.(1974). A hundred cases of suicide: clinical aspects .British Journal of Psychiatry , 125, 355-373.

196.Barraclough , B.,& Pallin,A. (1975). Depression followed by suicide :a comparison of depressed suicides with living depressives .Psychological Medicine , 5, 55-61.

197.Barrios , B., &Hartman , D.(1997). Fears and anxiety .in Mash , E., Terdal , G.(eds.), Assessment of childhood disorders (PP.230-237).New York, Guilford press.

198.Bartlett , L., Rooney , V,& Spedding , S.(1985). Nocturnal difficulties in a population of mentally handicapped children. British Journal of Mental Subnormality , 31, 54-59.

199.Basilier, T.(1964).Surdophrenia the pychic consequences of congenital of early acquired deafness. Acta Scandinavia , 40, 362-374.

200.Bast , B.(1971). A predictive study of employability among visually impaired with the California Psychological inventory .Unpublished Doctoral Dissertation , University of Michigan , Ann Arbor , Michigan.

201.Beck , A. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders .New York :international University Press.

202.Beck,A.,Freeman,A.,&Davis, D.(2003). Cognitive therapy of personality disorders .New York: Guilford Press.

203.Beck, A.,& Clark. D.(1988). Anxiety and depression :An information processing perspective .Anxiety Research, 1, 23-36

204.Belgrave , F., Woalker , S., & Asbury , C.(1995). Variables related to vocational success among African American with disabilities .I Belgrave, F (ed.), Psychological aspects of chronic illness and disability among African Americans (PP.49-65), Westport .

205.Belgrave , F.,&Walker , S.(1991).Predictors of employment outcome of black persons with disabilities .Rehabilitation Psychology , 36, 111-119.

206. Belgrave, F.(1991). Psychsocial predictors of adjustment to disability in African Americans' .Journal of Rehabilitation , 37-40.
207. Bellini , S.(2004). Social skill deficit and anxiety in high functioning adolescents with autism spectrum disorders .Focus on Autism and Other Developmental Disabilities , 19, 78-86.
208. Bender, W.(1987) Secondary personality and behavioral problems in adolescents with learning disabilities .Journal of Learning Disability , 20, 301-305.
209. Benjamin , L.(2003). Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders .New York, Guilford Press.
210. Bernstein , D., Useda , D., &Siever , L .(1993). Paranoid personality disorder: Review of the literature and recommendation for the DSM-IV. Journal of Personality Disorder, 7(1), 53-62.
211. Billings , A., & Moos , R.(1982). Psychosocial theory and research on depression :An integrative framework and review . Clinical Psychology Review , 2, 213-237.
212. Birchall H., Brandon S., &Taub , N.(2000). Panic in a general practice population: prevalence, psychiatric comorbidity and associated disability. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol , 35: 235-241
213. Bladow , L.(1982). Locus of control of learning disabled and non-disabled children. Psychological Reports, 50, 1310.
214. Bloodstein , O.,(1995). A handbook an stuttering .San Diego, C.A, Singular
215. Blum ,R ., Kely , Aireland , M.(2001). Health-risk behaviors and protective factors among adolescents with mobility impairements and learning and emotional disabilities. journal of adolescent Health , 28, 481-489.
216. Bodfish , J.& Madison, J.(1993). Diagnosis and obsessive compulsive disorder in mentally retarded patients .Journal of Mental and Nervous Disease, 177, 232-235.
217. Bogeles , S., & Phares , V.(2008). Fathers' role in the etiology , prevention and treatment of child anxiety :A review and new model .Clinical Psychology Review, 28(539-558).
218. Bohmer , C., Trminiau , J., Klinkenberg –Knol, E., & Meuwissen , K.(2001). The prevalence of constipation in institutionalized people with intellectual disability .Journal of Intellectual Disability Research , 45, 212-218.
219. Bongar , B.(2002). The suicidal patient , clinical and legal standards of care .Washington , D C. American Psychological Association.
220. Bonnet , M.(1994). Sleep deprivation in principles and practice of sleep medicine (PP. 50-67).Saunders , W.,& Co.
221. Bor, W., Mcgee , T ., Fagan , A.(2004). Early risk factor for adolescents antisocial behavior : An Australian longitudinal study .Aust NZ J Psychiatry , 38, 65-372.
222. Borthwick-Duffy , S., & Eyman, R.(1990). Who are the dually diagnosed .American Journal on Mental Retardation, 94(6), 586-595.
223. Bowe , F.(1991). Black adults with disabilities : a portrait .Report prepared for the presidents' committee on employment of people with disabilities .Washington , DC.
224. Braam W, Smits MG,; Didden R, Korzilius H, Van Geijlswijk I., & Curfs L.(2009). Exogenous melatonin for sleep problems in individuals with intellectual disability: a meta-analysis. Developmental Medicine And Child Neurology , 51 (5), 340-9.
225. Bramston, A., Fogarty, G.,& Cummins , R.(1999). The nature of stressors reported by people with an intellectual disability .Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 12, 1-10.

226. Bremmer , J., Narayan , M. Anderson , E., Staib, L., Miller , H.& Charney , D.(2000). Hippocampal volume reduction in major depression . American Journal of Psychiatry,157 , 115-118.
227. Brennan , P., Hammen , C ., Katz , A., Le Braque , R.(2002). Maternal diagnostic outcome .Journal of Consulting and Clinlcal Psychology , 70, 1075-1085.
228. Breslau, N. (2002). Gender differences in trauma and posttraumatic stress disorder. Journal of Gender Specific Medicine, 5, 34–40.
229. Brown , R.& Cook, P.(1986). Introductory Psychology. Tokyo, CBS Publishing Japan, Ltd. N.
230. Brown, W.,& Meszaros, Z.(2007). Hoarding .Psychiatric Times , 24(13), 50-52.
231. Bruce,T.,Saeed, S.(1991). Social anxiety disorder: common underrecognized mental disorder. American Family Physician , 60(8), 2311.
232. Brylewski, J., &Wiggs , L.(1998). Questionnaire survey of sleep and nighttime behaviour in a community –based sample of adults with intellectual disability .Journal of Intelligence Disorders , 42, 154-162.
233. Burge , P., Oulette-Kuntz, H., Saeed , H., McCreary , B., Paquet, D., & Sim, F.(2002). Acute psychiatry inpatient care for people with a dual diagnosis patient profile and lengths of study. Canadian Journal of Psychiatry , 47, 243-249.
234. Burke, K., Burke, J. , Rae, D., & Regier, D. (1991). Comparing age of onset of major depression and other psychiatric disorders by birth cohorts in five US community populations. Archives of General Psychiatry, 48, 789–795.
235. Burnard , Y ., Andreoii , A., Kolatte , E., Venturini , A ., & Rosset , N.(2002). Psychiatr-Serv, 53(5), 585-590.
236. Casey , P.(1997).A guide to psychiatry in primary care –Wright .Son Biomedical publishing Ltd. Peterfield.
237. Chambers, J.(1980).Personal needs systems. In Woody , R.(ed.), Encyclopedia of clinical assessment (PP:390-400), San Francisco: Jossey-Boss.
238. Chartier , M., Walker , J., & Stein , M.(2001). Social phobia and potential childhood risk factors in a community sample .Psychological Medicine , 31(2), 307-315.
239. Cheng . K., & Myers , K.M.(2005). Child and Adolescent Psychiatry. New York, Lippincott Williams & Wilkins.
240. Clark, D., & McManus , F.(2002). Information processing in social phobia .Biological Psychiatry , 51(1), 29-100.
241. Clausen, T. (2003). Na°r hørelsen svigter [When hearing fails]. København, Denmark: Socialforskningsinstituttet.
242. Cleland , C.(1978).Mental retardation :development approach , New Jersey , Prentice Hall.
243. Cleland , C., & Swartz , I.(1982). Exceptionalities through the life span : An introduction , New York , Macmilan Inc.
244. Coe , D.,& Matson , J. (1993).Hyperactivity and disorders of impulse control .In Matson , J.,& Barrelt ,R.(eds.), Psycholopathology in mentally retarded (PP.253-271), Boston, Allyn & bacon.
245. Coffman , E.(1963).Stigma : notes on the management of spoiled identity .Englewood Cliffs , N.J.Prentice Hall, INC.
246. Coid , J.(1999). A etiology risk factor personality disorders .Br.J. Psychiatry , 174, 530-538.
247. Coid , j.(2003). Epidemiology , public , health and the problem of personality disorders .British Journal of Psychiatry , 182, S3-S10.
248. Coid , J., Yan , M., Tyrer, P., Roberts , A., Ulrich , S.(2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain .Br .J. Psychiatry, 188, 423-431.

249. Coleman, J.(1964). Abnormal Psychology and modern life ,Scott, Foreman and company.
250. Coles , M ., & Horng , B.(2006). A prospective test of cognitive vulnerability to obsessive – compulsive disorder, 30(6),723-734.
251. Collins, M., Kyle, R., Smith, S., Laverty, A., Roberts,s., & Eaton-Evans, J.(2003).Coping with the Usual Family Diet: Eating Behaviour and Food Choices of Children with Down's Syndrome, Autistic Spectrum Disorders or Cri du Chat Syndrome and Comparison Groups of Siblings. Journal of Learning Disabilities ,7(2),137-55 .
252. Compton , S., Nelson , A.,& March , J.(2000). Social phobia and separation anxiety symptoms in community and clinical samples of children and adolescents .Journal of the American of Child and Adolescent Psychiatry , 39(8), 1040-1046.
253. Corbett , J.(1979-B). Psychiatric illness in mental handicap .london: Gaskell Press.
254. Corbett, J.(1979-A). Psychiatric morbidity and mental retardation : in psychometric illness and mental handicap(eds.), James , F.& Snaith , R., (PP11-25), Gaskill Press, London.
255. Costello , E ., Ngold , A.(1995). Epidemiology in March , J.(ed.,) Anxiety disorders in children and adolescents (PP.109-122), Nea Yor;:Guilford.
256. Costello, A.(1982). Assessment and diagnosis of psychopathology .In Matson , J.&Barrett, R.(eds.), psychopathology in the mentally retarded (PP.37-52), London :Grune&Stratton.
257. Courturier , J., Speeshley , K., Steele , M ., Norman , R., Stringer , B., &Nicolson , R.92005). Parental perception of sleep problems in children of normal intelligence with pervasive developmental disorders , prevalence , severity and pattern. J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry , 44, 812-822.
258. Cowen,R., Underberg , R., Verrillo, R., & Benham, F.(1961).Adjustment to visual disability in adolescent .New York : American Foundation for the Blind.
259. Coy , W.(1997). Evaluation anxiety , task- irrelevant self- statement and working memory : an evaluation of the cognitive interference theory .Unpublished MA , College of Bowling Green , State University
260. Coyne , J.(1976). Depression and response of others .Journal of Abnormal Psychology .85, 186-193.
261. Craft , M. (1979). The psychiatry of mental retardation . in Craft , M . (ed.) , Tredgold's mental retardation , London , Bailliere Tindall , 144-156.
262. Craig , A.(2000) The developmental nature and effective treatment of stuttering in children and adolescents. Journal of Developmental and Physica Disability , 12, 173-186.
263. Crews, W., Crews, Bonaventura, S.,& Rowe, F.(1994). Prevalence of psychiatric disorders . in a Large state residential facility for individuals with mental retardation. American journal on Mental Retardation, 98, 688-731.
264. Critchley , E., Denmark , J., Warren , F., & Wilson , K.(1981). Hallucinatory Experiences of prelingually profoundly deaf schizophrenia .British Journal of Psychiatry , 138, 30-32
265. Crocker , J., & Major , B.(1989). Social stigma and self-esteem : the self – pritective properties of stigma . Psychological Review , 96(4), 608- 630.
266. Cromer ,K., Schmidt ,N. , Murphy , D. (2007). An investigation of traumatic life events and obsessive – compulsive disorder . Behaviour Research and Therapy .45(7),1683-1691.
267. Cromwell, R . (1968) . Personality evaluation . in Baumeister , A . (ed.) , Mental retardation , appraisal , education and rehabilitation , University of London Press Ltd , 66 -85.

268. Cullinan , D., Epstein , M., Lioyd , J.(1981). School behavior problems of learning disabled and normal girls and boys. learning disabilities Quarterly , 4, 163-169.
269. Cunningham K., Gibney M. J., Kelly A., Kevany J. & Mulcahy M. (1990) Nutrient intakes in long-stay mentally handicapped persons. British Journal of Nutrition 64, 3-11.
270. Cutting J.(1985). The Psychology of Schizophrenia. Edinburgh: Churchill Livingstone.
271. Daigle, B. V. (1994). An analysis of a deaf psychotic inpatient population. Unpublished master's thesis, Western Maryland College, Westminister.
272. Dalley, M. B., Bolocofsky, D., Alcorn, M. B., & Baker, C. (1992). Depressive symptomology, attributional style, dysfunctional attitude, and social competency in adolescents with and without learning disabilities. School Psychology Review, 21, 444–458.
273. Dandford D. E. & Huber A. M. (1981) Eating dysfunctions in an institutionalized mentally retarded population. Appetite: Journal for Intake Research 281-292.
274. Daniel , L.,&Ulrike , S.(2005). The treatment of Adolescent with bulimia nervosa .journal of Mental Health , 14(6), 587-597.
275. Davidoff, L.(1980).Introduction to Psychology. New York, McGraw-Hill Book Company.
276. Davis , C., Lovie-Kitchin, J., & Thompson, B.(1995). Psychosocial adjustment to age –related macular degeneration .Journal of Visual Impairment and Blindness, 89, 16-27.
277. De Leo, D., & Santonastoso , P.(1987).Anorexia nervosa in a prelinguistically deaf young man: A case report .International Journal of Eating Disorders, 6, 317-320.
278. Dekker , M., Koot, H., Vander Ende , J.,& Verhulst, F.(2002). Emotional and behavioral problems children and adolescents with and without intellectual disability. Journal of Child Psychology and Psychiatry , 43, 1087-1098.
279. Dekker, M.,& Koot, H.(2003). DSM-IV disorders in children with borderline to moderate intellectual disability-I ;prevalence and impact .Journal of The Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42, 915-922.
280. Dembo, T., Leviton , G., Wright , B.(1956). Adjustment to misfortune a problem in social psychological rehabilitation .Artificial Limbs , 3, 4-6.
281. Demetra , D.,&Gary , L.(1993). Chemical dependence in students with and without learning disabilities .Journal of Learning Disabilities , 26(7), 491-495.
282. Denmark J.(1966) Mental illness and early profound deafness. British Journal of Medical Psychology , 39, 114-139.
283. Denmark, J., & Eldridge , E.(1969). Psychiatric service for the deaf .the Lancet , Pp.259-262.
284. Derevensky, J.(1979). Children's fears : A developmental comparison of normal and exceptional children. Journal of Genetic Psychology , 135(1), 11-21.
285. Devany , J.,& Nelson , R.(1986).Behavioral approaches to treatment .in Quay , H.,& Werry , J.(eds.), Psychopathological disorders of childhood , New York , John Wiley & Sons.
286. Dinn,W, Haris, C.(1999).Posttraumatic obsessive – compulsive disorder: A three factor model psychiatry : Interpersonal& Biological processes , 62(4),313-324.
287. Dollinger , S ., Horn , J., & Boarini , D.(1987). Disturbed sleep and worries in learning disabled adolescents. Journal of Orthopsychiatry , 58(3), 428-434.
288. Doris , A ., Ebmeier , K., Shaiahan, P ., (1999). Depressive illness . Lancet , 1290-1294.

289. Dorpat , T.,& Ripley , H.(1960). A study of suicide in the Seattle area. Comprehensive Psychiatry , 1 , 349-359.
290. Downey , J., & Low , N.(1974). The child with disabling illness .London , W.B. Saunders Company.
291. Dreikuris. R.(1967). Psychodynamics. psychotherapy and counseling .Chicago: Alfred Adler in situation.
292. Drevets , W.(2000). Prefrontal cortex neuroimaging studies of mood disorders. Biological Psychiatry, 48 , 813-829.
293. Dudley J. R., Ahlgrim-Delzell L. & Calhoun M. L. (1999) Diverse diagnostic and behavioural patterns amongst people with a dual diagnosis. Journal of Intellectual Disability Research 43, 70-90.
294. Dudzinski, E.(1998). An analysis of administrative response patterns to suicide ideation among deaf young adults .PHD, The Graduate School of Gallaudet University. ,
295. Du-Feu , M., & McKenna , P.(1999). Prelingually profound patients who hear voices : A Phenomenological analysis .Acta Psychiatrica Acandinavica , 99(6), 453-459.
296. Duff, R., La Rocca, L., Lizzet , A., Martin , P ., Pearce, L., Williams, M., & Peck, C. Journal of behavioural therapy and Experimental Psychiatry , 12, 121-124.
297. Duhig , A., Phares , V., Birkeland , R.(2002). Involvement of fathers in therapy :A survey of clinicians .professional Psychology. Research and Practice , 4, 389-395.
298. Dumont , R .(1996). The sky is falling .New York ,Norton and Company.
299. Duval, R.(1982).Psychology theories of physical disability . New perspective, in Eisenberg. M., Griggins.C., &Duval. R.(eds.), Disabled people as second class Citizens .(PP.173-192)New York, Spriger.
300. Eaton , L.,& Menolascino , F .(1982).Psychiatric disorders in the mentally retarded : types, problems and challenges .American Journal of Psychiatry , 139 1279-1303
301. Eide, A. H., & Gundersen, T. (2004).Hearing impaired in labour market. Oslo, Norway: SINTEF Helse rapport (in Norwegian).
302. Ellis , N.(1963). Toilet training the severely defective patient .An S-R reinforcement analysis .American Journal of Mental Deficiency , 68, 98-103.
303. Emerson , E., &Turnbull , L.(2005). Self-Reported smoking and alcohol use a mong adolescents with intellectual disabilities .Journal of Intellctual Disabilities, 9, 58-69.
304. Emerson, E.(2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without disability .Journal of Intellectual Disability Research, 47, 51-58.
305. Emmelkamp, P.(1985). Anxiety and fear .in Bellack, A.S., Herson , M.,& Kaziden, A.E .(eds.), International handbook of behavior modification and therapy , New York , Plenum press.
306. Engler , B.(2003). Personality theories :An introduction .Boston , MA: Houghton :Mifflin Company.
307. Eriksson-Mangold ,M.,& Carlsson , S(1991). Psychological and somatic distress in relation to perceived hearing disability, hearing handicap, and hearing measurements .journal of psychosomatic research , 6, 729-740.
308. Esman ,A .(2001). Obsessive – compulsive disorder: current views . Psychoanalysis Inquiry , 21 , 145 -156.
309. Espie C, Tweedie .,& M.(1991). Sleep patterns and sleep problems amongst people with mental handicap. Journal of Mental Deficiency Research 35 (1), 25-36.

310.Ewing , S., Folk , W., & Otto, M.(1996). The realatrant patient disorders of personality . in Challenges clinical practice pharmacologic and psychosocial strategies .in Pollack , M., &Otto, M.(eds.), New York, (PP:355-379).
311.Eysenck, M.(2000). A cognitive approach to trait anxiety .European Journal of Personality , 14, 463-476.
312.Fadem , B.(1991). Behavioral Science , New Jersey , William & wilkins.
313.Fadem , B.,& Simring , S.(1998). High –yield psychiatry . New York , Lippincott Williams & Wilkins.
314.Fairburn , C.,&Beglin , S.(1990).Studies on the epidemiology of bulimia nervosa .American Journal of Psychiatry , 147, 401-408.
315.Farington , D.(2000). Psychosocial predictors of adult antisocial personality and adult convictions. Behav Sci Law , 18, 605-622.
316.Favaro, A ,(2006). Perinatal Factors and the Risk of Developing Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Archives of General Psychiatry; January. 63 (1) 82-88.
317.Fazel , S.,& Danesh , J.(2002). Serious mental disorder among 23.000 prisners systematic review of 62 surveys . Lancet , 16, 545-550.
318.Fee, V, Matson , J.,& Benavidez,.(1994). Attention , Deficit-Hyperactivity disorders among mentally retarded children. Research in Developmental Disabilities, 15(1), 67-79.
319.Fennell , , M., Bennett – Levy ., & Westbrook , D.(2004). Depression , In Bennett– levy, J, Butler,G.,Fennell , M., Hackmann , A., Mueller , M ., & Westbrook , D.,(eds.) , Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy , Oxford . university Press.
320.Fisher , S., & Greenberg , R.(1997)The scientific , credibility of Freud's Theories and Therapy , New York.
321.Fisher, B. L., Allen, R., & Kose, G. (1996). The relationship between anxiety and problem-solving skills in children with and without learning disabilities. Journal of Learning Disabilities, 29, 439–446.
322.Fitzgerald , R., Ebert, J., & Chambers , M.(1987). Reaction to blindness a four year follow –up study .Perceptual and Motor Skills , 64, 363-378.
323.Fitzpatric , R., Newman , S ., Archer, R., & Dhiply , M.(1991).Social support , disability and depression .A longitudinal study of rheumatoid arthritis .Social Science and Medicine , 33, 605-611.
324.Flament , M., Whitaker , A., Rapoport , J., Davies , M., Berg , C., Kalikow , O.(1988). Obsessive compulsive disorder adolescence :A epidemiological study .Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry , 27, 764-771.
325.Floor, L., & Rosen , M.(1975). Investigating the phenomenon of helplessness in mentally retarded adults .American Journal of Mental Deficiency , 79, 565-572.
326.Flynn, A., Matthews , H., Hollins , S.(2002).Validity of the diagnosis of personality disorder in Adult with learning disability and severe behavior our problems .British Journal of Psychiatry , 180, 543-546.
327.Fombonne , F.(1995). Anorexia nervosa :no evidence of an increase .British Journal of Psychiatry , 166, 462-471.
328.Forsyth , P.(1987). A study of self –concept, anxiety and security of children in gifted , French immersion and regular classes .Canadian Journal of Counseling , 21(2-3), 153-156.
329.Freeman, R. D., Malkin, S. F., & Hastings, J. O.(1975). Psychosocial problems of deaf children and their families: A comparative study. American Annals of the Deaf, 120, 391–405.
330.Friedlander, M., & Slegel , S.(1990).Separation individuation difficulties and cognitive –behavioral indicators of eating disorders among college women .Journal of Counseling Psychology , 37, 74-78.

331. Fristad, M. Topolosky, S., Weller, E. & Weller, R. (1992). Depression and learning disabilities in children. Journal of Affective Disorders, 26, 53–58.
332. Frith , U.(1989). Asperger and his syndrome . in Frith , U.(ed.), Autism and Asperger syndrome , PP. 1-36. Cambridge . University Press.
333. Frost ,R., & Steketee.,G.(2002). Cognitive approached to obsessions and compulsions: theory, assessment and treatment. Pergaman : Amsterdam.
334. Frost,R.,& Harlt , T.(1996). A cognitive – behavioral of compulsive hoarding . Behaviour Research And Therapy, 34, 341 – 350.
335. Fujiura G. T., Fitzsimons N. & Marks B. (1997) Predictors of BMI among adults with Down syndrome: the social context of health promotion. Research in Developmental Disabilities , 18, 261-274.
336. Furmark, T.(2002). Social Phobia: overview of community surveys.Acta Psychiatrica Scandinavica, 105, 84-93.
337. Fyer , A.(1993). Heritability of social anxiety : a brief Review Journal of Clinical Psychiatry 54(12), 10-12.
338. Fyer A., Mannuzza , S., Chapman , T., Martin , L.(1995). Specificity in familial aggregation of phobic disorders .Archives of General Psychiatry 52(7), 564-573.
339. Gadow,K.,DeVincent,C. , Pomeroy, J., & Azizian, A. (2004). Psychiatric symptoms in preschool children with PDD and clinic and comparison samples. Journal of Autism and Developmental Disorders, 34, 379–393.
340. Gallagher , T.(1990). The public and professional perception of the emotional status of fifted children .Journal for the education of the gifted , 13(3), 202-211.
341. Garfield , S.(1963). Abnormal behavior and mental deficiency . in Ellis , N.(ed.), Handbook of mental deficiency : psychological theory and research , New York , Mcgraw-Hill, 574-601.
342. Gelder , M ., Gath , D., & Mayou , R . (1983) . Oxford textbook of psychiatry . Oxford University Press .
343. Gelder , M., Mayou , R., & Cowen , P.(1998). Shorter Oxford textbook of psychiatry. Oxford , Oxford University Press.
344. Gelder , M., Harrison , P.,& Cowen , P.(2006). Shorter Oxford textbook of psychiatry, Oxford , University press.
345. Gelder, M., Mayou , R.,& Geddes, J.(1999). Psychiatry. Oxford , Oxford University Press.
346. Geller , D., Biederman , J., Jones , J., Park, K., Schwartz , S., Shapiro, S.(1998). Is juvenile obsessive compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the Pediatric Psychiatry , 37, 420-427.
347. Geller , D., Swedo , A., Rasmussen , S., & Eisen , J.(2001). The epidemiology and clinical features of obsessive- compulsive disorder. Psychiatric Clinics of North America, 15, 743-758.
348. Ghaziuddin , M., Ghaziuddin , N., &Greden, J.(2002).Depression in persons with autism implications for research and clinical care .Journal of Autism &Developmental Disorders. 32, 299-306.
349. Ghaziuddin , M., Tsai , L., Ghaziuddin , N.(1992). Comorbidity of autism disorder in children and adolescent .European Child and Adolescent Psychiatry, 1 , 209-213.
350. Ghaziuddin, M., & Greden, J. (1998). Depression in children with autism/pervasive developmental disorders: A case-control family history study. Journal of Autism and Developmental Disorders, 28, 1998.
351. Gillam ,T.(2004). Managing depression an overview. Mental Health Practice , 7(9), 33-38.
352. Gillberg , C.(1995). Disorders involving obsession and compulsions, Clinical child neuropsychiatry .Cambridge :Cambridge University Press.

353. Gillberg, C., Presson, E., Grufman , M.,& Themmer, U.,(1986). Psychiatric disorders in mildly and severely mentally retarded urban children and adolescents. Psychiatry , 149, 68-74.
354. Gillot ,A.,Furnis,F., Salters , A.(2001).Anxiety in high functioning children with autism .Autism , 5, 277-286.
355. Ginsburg,G.,&Schlossberg, M.(2002). Family –Based treatment of childhood anxiety disorders. International Review of Psychiatry , 14, 143-154.
356. Glaser, H., Harrison , G., & Lynn, D.(1964).Emotional implication of congenital heart disease in children .Pediatrica , 33, 367-379.
357. Gostason, R.(1985). Psychiatric illness among mentally retarded ; A Swedish population study .Acta Psychiatrica Scandinavia , 71, , 1-11.
358. Grant , B., Hasin , D., Stinson, F., Dawson , D., Goldstein , R., & Smith , D.(2006). The epidemiology of DSM-IV. Brunner /Mazel Publishers.
359. Graziano , A, Degiovanni , I.,& Garkal., (1979). Behavioral treatment of children fears . A review Psychological Bulletin , 86, 804- 830
360. Green, J., Gilchrist , A., Burton , D., & Cox, A.(2000).Social and Psychiatric functioning in adolescents with Asperger Syndrome compared with conduct disorder. Journal of Autism and Developmental Disorders, 30, 279-293.
361. Greenspan , S.(1981).Special competence and handicapped individuals .Practical implication of a proposed model . in Keogh , K.(e.), Advances Special Education , Vol3 , Pp41-81.
362. Gress , J.,&Boss , M.(1996). Substance abuse difference among students receiving special education school service –child .Psychiatry Hum Dev, 26, 235-246.
363. Grilo, C., Masheb, B.(2002). Childhood maltreatment and personality disorder in adult patients with bringe eating disorder .Acta Psychiatr Scaind , 106, 183-188.
364. Grinker . R.(1969).Pyschiatric diagnosis , therapy and research on the psychotic deaf , final report .Washington , D.C.Deparetment of health , education and welfare.
365. Grinker, A., Vemon , M.Mindel , E., Rothstein , D., Easton , H., Koh, S., & Collums .(1969). Psychiatric diagnosis , therapy and research on the psychotic deaf .Final report Washington .Dc.
366. Gullone, E., Cummins, R.&.King, N.(1996). Self-reported fears: a comparison study of youths with and without an intellectual disability .Journal of Intellectual Disability Research, 40 (3),227-240.
367. Gunderson , J.,& Singer, J.(1975).Defining borderline patients .Am J. Psychiatry, 132, 1-10.
368. Hahn , H.(1951). A comparative investigation of the response to frustration of normal –hearing and hypocaustic children .(Doctoral Dissertation , Ann Arbor , Mich :University Microfims , No.2766.
369. Hale , M.. & Shirley, F.(2006). Encopresis in children. The Journal of Pediatrics . 12(3) ,367-380.
370. Hallahan . D.,& Kauffman , J.(1978). Exceptional children :introduction to special education ,Englewood Cliffs , New Jersey, Prentice-Hall, Inc.
371. Hancock . K., Craig , A., Campbell , K., Costello, D., Gilmore , G., McCaul , A.(1998).Two to six year controlled trail stuttering outcomes for children and adolescents .Journal of Speech Language and Hearing Research , 41, 1242-1252.
372. Harari , E., &Jackson , H.(2007). Personality disorders .In Bloch , S., & Singh, B.(eds.), Foundations of clinical Psychiatry. Melbourne University Press.
373. Hardy , Rr.(1966). A study of manifest anxiety among residential students using an experimental instrument constructed for the blind .Baltimore , MD University of Marylabd.

374.Harvey , d., Greenwoy A.(1974). The self –concept of physically handicapped children and their ...- handicapped siblings : An empirical investigation .Journal of Child Psychology and Psychiatry , 25, 273-284.
375.Haskin , B.(1998). Clinical features of psychosis in deaf adult in annual meeting new research program and abstracts .Washington , DC. American Psychiatry Association , P0165.
376.Hassett, J.(1984). Psychology in Perspective .New York , Harper &Row, Publishers Helsel, W.,& Matson, J.(1988).The relationship of depression to social skills and intellectual functioning in mentally adults. Journal of Mental Deficiency Research, 32, 414-418.
377.Hastings, R., Halton, C., Taylor, L.& Maddison ,A.(2004). Life events and psychiatric symptoms adult with intellectual disabilities .Journal of Intellectual Disability Research, 48,42-46.
378.Heath, N. (1995). Distortion and deficit: Self-perceived versus actual academic competence in depressed and nondepressed children with and without learning disabilities. Learning Disabilities: Research and Practice, 23, 24–36.
379.Herzog , P., Keller , M., Sacks , N., Lavori, P(1992). Psychiatric comorbidity in treatment –seeking anorexia and bulimics .journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry , 31, 810-818.
380.Hettema , J., Neale , M., Kendler, K.(2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders .American Journal of Psychiatry , 158, 1568-1578.
381.Hetzroni , O ., & Oren , B .(2002) : Effects of intelligence level and place of residence on the ability of individuals with mental retardation to identify facial expressions . Research in Developmental Disabilities , 23 (6) , 369-378 .
382.Heyman , L., Fombonne , E., Simmons , H., Ford , T., Meltzer, H., Goodman , R.(2003). Prevalence of obsessive –compulsive disorder with British national wide survey of child mental health .International Review of Psychiatry , 5, 178-184.
383.Hilgard, E., Atkinson, R., &Atkinson, R.(1975). Introduction to Psychology. New York, Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
384.Hill, A (1993) .Problems in relation to independent living aretrospechive study of physically disabled school leavers .Developmental Medicine and Child Neurology , 35, 111-1115.
385.Hillard, J.(1990). Manual of clinical emergency psychiatry , American Psychiatric Press.
386.Hills, C., Rappold , E., & Rendon , M.(1991). Binge eating and body image in A Sample of the deaf college population .Journal of the American Deafness and Rehabilitation Association,25(2), 20-28.
387.Hoek , H.(1993). Review of the epidemiological studies of eating disorders .International review of Psychiatry , 5, 61-74.
388.Honomichl , R., Goodlin-Jones, B., Burn Ham , M., Hansen ., &Anders, T.(2002). Secrtin and sleep in children with Autism .Child Psychiatry , Hum.Dev, 33, 107-123.
389.Horne , J.(1988).Why we sleep .Oxford University oxford.
390.Houston , J., Bee , H., Hatfield, E.,& Rimm, D.(1979). Invitation to psychology , New York , Academic Press
391.Hoy, C., Gregg, N., Wisenbaker, J., Manglitz, E., King, M., &Moreland, C. (1997). Depression and anxiety in two groups of adults with learning disabilities. Learning Disability Quarterly, 20, 280–291.
392.Hummelen , J. & Rokx, T.(2007). Individual context interaction as guide in the treatment of personality disorders .Bulletin of The Menninger Clinic, 71(1), 42-55.
393.Husaini , B.,&Moore, S.(1990).Arth...s disability depression and life satisfaction among black elderly people. ...ealth and Social Work, 15, 253-260.

394.Hwang, J., Tsai, S., Yang , C., Liu, K.,& Lirng , J.(1998). Hoarding behavior in dementia .American Journal of Geriatric Psychiatry, 6(4), 285-289.
395.Hyman , B., & Pedrick , C .(2005).The OCD workbook , Oakland , CA: New Harbinger ,Publication.
396.Hymowitz , N., Jaffe , F., Gupta , A.(1997).Cigarette smoking a among with mental retardation and mental illness. Psychiatr Serv 48, 100-102. Indian Journal of Psychiatry , 20, 148-154.
397.Isaacs, M., Buckley, G., Martin, D. (1979) Patterns of drinking among the deaf. Am F Drug Alc Abuse, 6, 463-476.
398.Isobel , I.(1938). A comparison of certain personality traits and interests in deaf and in hearing children.Child Development , 9(3), 270-280.
399.Iverson , J.C.,& Fox, R.N.(1989). Prevalence of psychopathology among mentally retarded adults. Research in Developmental Disabilities, 10, 77-83.
400.Jackson, H.& Hooper ,J.(1981). Some issues arising from the desensitization of a dog phobia in A mildly retarded female or should we take the bite out of the bark ? Australian Journal of Developmental Disabilities, (7), 9-16. 198
401.Jacobson , J.(1982).Problem behavior and psychiatric impairment within a developmentally disabled population :behavior frequency . Applied Research in Mental Retardation, 3, 121-139.
402.Jacobson , J.(1990).Do some mental disorders occur less frequently among persons with mental retardation ? American Journal on Mental Retardation, 94, 596-602.
403.Janeković, K.(2003). Comparative research on substance abuse and self-perception among adolescents with physical handicap. 27 (2), 479-89.
404.Johnson,C., Lubetsky , K., &Sacco, K.(1995). Psychiatric and behavioral disorders in hospitalized preschoolers with developmental disabilities .Journal of Autism and developmental disorders, 25(2), 169-182.
405.Johnston , S., O'malley , P., &Bachman, J.(1989). Drug use drinking and smoking :national survey results from high school , college and young adult populations , 1975-1985.Washington , DC.U.S, government Printing Office.
406.Jordan , I., & Karchmer , M.(1996). Pattern of sign language use among hearing impaired students .in Schildroth of sign language use among hearing impaired students .in Schildroth , A., & Karchmer , M.(eds.), Deaf children in America.San Diego, CA:College Hill Press.
407.Kagan , J.& Haveman, E.(1991). Psychology :An introduction . New York , Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
408.Kaltiala– Heino,R., Rimpela , M ., Rantanen , P ., .& Laippala, P.(2001). Adolescent depression : the role of discontinuities in life course and social support . Journal of affective disorders, 64(2-3), 155-166.
409.Kaplan & Sadock,(1998). Synopsis of Psychiatry , behavioral Sciences/Clinical Psychiatry,New York , Lippincott Williams & Wilkins .
410.Kaslow , N., Adamson , L., & Collins, M.(2000). A developmental psychopathology perspective on the cognitive components of child and adolescent depression . In Sameroff, A., Lewis , M., Miller, M .,(eds.), Handbook of Developmental Psychopathology . New York : Springer , Gillam
411.Katherine Eldera, B, , and Carlos M.& Grilo.(2007). The Spanish language version of the Eating Disorder Examination Questionnaire: Comparison with the Spanish language version of the eating disorder examination and test–retest reliability. Behaviour research of therapy , 45(6), 1369-1377.
412.Katon W, Vitaliano P., Russo J, Cormier L, Anderson K ., &Jones M (1986) Panic disorder: epidemiology in primary care. J Fam Pract 23: 233-239
413.Katona,C., Robertson, M .(2005). Psychiatry at a glance, London : Blackwell science

414. Katz, I.(1996). On the inseparability of mental and physical health in person :lessons from depression and medical comorbidity .American Journal of Geriatric Psychiatry , 4, 1-16.
415. Kavale , J., &Forness , S.(1996). Social skills deficit and learning disabilities : A meta –Analysis . Journal of Learning Disabilities , 29(3), 226-236.
416. Kearns, G. (1989) Hearing-impaired alcoholics: An underserved community. Alcohol Health and Research World. 13(2):159-165.
417. Kendall , P.,& Hammen , C.(1995). Abnormal psychology , New Jersey , Houghton Mifflin Company.
418. Kendler , K., Neale , M., Kessler , R , Heath , A.(1992). The genetic epidemiology of phobias in women : the interrelationship agoraphobia , social phobia , situational phobia and simple phobia .Archives of General Psychiatry , 49(4), 273-281.
419. Kenneth , S, Kendler , B., Myers, J., Torgersen, S., Neale , M., & Reichborn – Kjennerud, T.(2007). The heritability of cluster a personality disorders assessed both personal interview . Psychological Medicine , 37, 655-665.
420. Kessler , R., Davis , E., Kendler , K.(1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the use national; comorbidity survey .Psychological Medicine , 27(5), 1101-1119.
421. Kessler , R., Mcgonagle, K., Zhao, S., Nelson, C.& Hughes , M.(1994). Lifetime and 12-months prevalence of DSM-III-R Psychometric disorders in the united states. Archives of General Psychiatry, 51, 8-19.
422. Kessler , R.(1997). The effects of stressful life events on depression. Annual Review of Psychology , 48,191-214.
423. Kessler R, Chiu W, Demler O.(2005-B). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry , 62(6), 27-62.
424. Kessler, R., Berglund , P., Demler, O.(2005-A). Lifetime prevalence and age of onset distribution DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication.Arch Gen Psychiatry, 62, 593-602.
425. Khamis , V.(2005). Post-traumatic stress disorder among school age Palestinian children .Child Abuse &Neglect, 29, 81-95.
426. Khan , A, Cowan , C., Roy, A.,(1997). Personality disorders in people with learning disabilities: a community survey. Journal of Intellectual Disability Research;. 41 (4),324-330.
427. Kim , J., Szatmari, P., Bryson , S., Streiner , D., &Willson , F.(2000). The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and asperger syndrome .Autism , 4, 117-132
428. King , B., Hodapp, R., &Dykens, E.(2000). Mental retardation . in Sadock , B.,& Sadock, V.(eds.), Kaplan &Sadock's Comprehensive textbook of Psychiatry, New York , Lippincott Williams &Wilkins.
429. King , B., State , M., Shah, B.(1997). Mental retardation : A review of the past 10 years part 1.Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36(12), 1656-1663.
430. King , J., &Ollendick , T.(1990). Children's anxiety and phobic disorders in school settings, classification assessment and intervention , Review of Educational Research , 59, 431-470.
431. King , J., Gullone , E., & Ollendick. T.(1990).Fears in children and adolescents with chronic medical condition . Journal of Clinical Child Psychology , 19(2)173-177.
432. King , N., Mulhall , J., & Gullone , E.(1989). Fears in hearing-impaired and normally hearing children and adolescents. Behaviour Research And Therapy , 27 (5), 577-580.
433. King N, Josephs A, Gullone E, Madden C,& Ollendick T.(1994).Assessing the fears of children with disability using the Revised Fear Survey Schedule for

Children: a comparative study, The British Journal Of Medical Psychology 67(4),. 377-86.
434.King, B.(1993). Self –injury by people with mental retardation .a compulsive behaviour hypothesis .American Journal on Mental retardation , 98, 93-112.
435.Kinnell H. G. (1985) Pica as a feature of autism. British Journal of Psychiatry 147, 80–82.
436.Kitson N. & Fry R. (1990). Prelingual deafness and psychiatry. British Journal of Hospital Medicine ,44, 353-653.
437.Klein , S.,& Alexander , D.(2009)Epidemiology and presentation of post-traumatic disorders. Psychiatry , 8, 282-287.
438.Kliegel , M., Jager , T., Phillipħs., L., Federspiel , E, Imifeld, A., Keller, M.,& Zimprich , D.(2005). Effects of sad mood on time –based prospective memory. Cognition and Emotion , 19(8), 1199-1213.
439.Kobe , F.(1991). Depression in children with mental retardation and developmental disabilities (disabilities), DIS, ABST , INT , 52-15B, P.2777.
440.Koch, D., Shane, S., Brenda, N,& Mike.(2004). Service Delivery for Persons with Blindness or Visual Impairment and Addiction as Coexisting Disabilities: Implications for Addiction Science Education. Journal of Teaching in the Addictions, 3(1),21-48 .
441.Krakow, B., Germain, A., Schrader, R., Hollifield, M., Koss, M., Warner,T. D., Tandberg, D., & Melendrez, D. (2001). The relationship between sleep quality and posttraumatic stress to potential sleep disorders in sexual assault survivors with chronic nightmares. Journal of Traumatic Stress, 14, 647–655
442.Kroger , W.,& Fezler, W.(1976). Hypnosis and behavior modification imagery conditioning , Philadelphia , Lippincott Company
443.Kurita, H., &Nakayaau, N.(1994). Brief report :An Autistic male presenting seasonal affective disorder (Sad) and Trichotillomania. Journal of Autism and Developmental Disorders , 24(5).
444.Lainhart , J., &Folstein , S.(1994). Affective disorders in people with autism A review of published cases .Journal of Autism and Developmental Disorders , 24(5), 587-601.
445.Lane, I., Wesolowski, M., &Burke , W.(1989). Teaching socially appropriate behavior to eliminate hoarding in a brain injured adult .Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 20(1),79-82.
446.Lawrence , B.(1991). Self-concept formation and physical handicap implication for integration .Disability , Handicap and Society , 6, 139-146.
447.Lazarus , R.(1984). Puzzles in the study of daily hassles .Journal of Behavioral Medicine , 7, 375-386.
448.Lecavalier,L.(2006).Behavioral and emotional problems in young people with pervasive developmental disorders: Relative prevalence, effects of subject characteristics, and empirical classification. Journal of Autism and Developmental Disorders, 36, 1101–1114.
449.Leichsenring, F., Beutel,B.,& Leibing, E.(2007). Psychodynamic psychotherapy for social phobia: A treatment manual based on supportive-expressive therapy. Bulletin of the Menninger Clinic ,71(1), 56-81.
450.Leichtman, M., & Shapiro, S. (1980). An introduction to the psychological assessment of borderline conditions in children: Manifestations of borderline phenomena on psychological testing. In J.S. Kwawer, H.D. Lerner, P.M. Lerner, & A. Sugarman (Eds.), Borderline phenomena and the Rorschach test (pp. 367-394). New York: International Universities Press.
451.Lenze , E., joan , C., Rogers , C., Lynn , m., Martire , m., Benoit , D.(2001). The association of late –like depression and anxiety with physical disability . The American Journal of Geriatric Psychiatry , 9(2), 113-155.

452.Lenzenweger ., Loranger, A.,& Korfine , L.(1997). Detecting personality disorders in a nonclincal population :A pplication of a two-stage: Procedure for case identification. Arch Geu Psychiatry, 54, 345-351.
453.Levine , H.(1985). Situational anxiety and everyday life experiences of mildly mentally retarded adults. American Journal of Mental Deficiency , 90(1), 27-33.
454.Lewinsohn, P. , Zinbarg, R., Seeley, J., Lewinsohn, M.,&Sack, W. (1997). Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in adolescents. Journal of Anxiety Disorders, 11, 377–394.
455.Lewis , E., Dustman , R., &Beck, E.(1969). The effect of alcohol on sensory phenomena and cognitive and motor tasks. Q F Stud Alcohol, 39, 618-633.
456.Leyfer, O. , Folstein, S. , Bacalman, S., Davis, N. , Dinh, E.,Morgan, J. (2006). Comorbid psychiatric disorders in children with autism: Interview development and rates of disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders, 36 ; 849–861.
457.Lezak, D.(1987). Relationships between Personality Disorders, Social Disturbances, and Physical Disability Following Traumatic Brain Injury. Journal of Head Trauma Rehabilitation,2(1),57-69 .
458.Lilienfeld , O., Van –Valkenburg, C., Larntz, K., &Akiskal, H.(1986). The relationship of histrionic personality and somatization disorders. American Journal of Psychiatry , 143, 718-722.
459.Lindsay , W.R., Michie , A.M., Baty , F.J.,& Mckenzie , K.(1988). Phobic in people with mental handicaps: Anxiety management training and exposure treatment. Mental Handicap Research, 1, 39-48.
460.Lipp, L., Kolstoe, R., James, W., & Randall, H .(1968). Denial of disability and internal control of reinforcement: a stuay using a perceptual defense paradigm. Journal of Consulting and Clinical Psychology, , S2, 72-75.
461.Lipton, D. & Goldstein, M. (1997). Measuring substance abuse among the deaf. Journal of Drug Issues, 27, 733–754
462.Livneh , H.(1986). A unified approach to existing models of adaptation to disability :part 1-A model adaptation .Journal of rehabilitation Counseling, 17,5-16.
463.Livneh, H., & Antonak, R. (1997). Psychosocial adaptation to chronic illness. New York, Plenum press.
464.Locke, R., Johnson ,S. (1981) A descriptive study of drug use among the hearing impaired in a senior high school for the hearing impaired. In: Schecter, A. (ed.),. Drug dependence and alcoholism: social and behavioural issues. New York, Plenum Press.
465.Love, S., Matson , J., & West , D.(1990). Mothers as effective therapists for autistic children's phobias .J of Applied Behavior Analysis , 23, 379-385.
466.Luborsky, L. (1984). Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive expressive treatments. New York: Basic Books.
467.Luiselli , J.(1978). Treatment of an autistic child's fear of riding a school bus through exposure and reinforcement .J. of Behavior therapy and Experimental Psychiatry , 9, 1969-1972.
468.Lund , J.(1985). The prevalence of psychiatric morbidity in mentally retarded adults .Acta Psychiatrica Scandinavia , 72, 563-570.
469.Luthar, S., Zigler , G., &Goldstein , D.(1992). Psychosocial adjustment among intellectually gifted adolescents. The role of cognitive –developmental and experience Factors.
470.Maag, J., & Behrens, J. (1989). Depression and cognitive self statements of learning disabled and seriously disturbed adolescents. Journal of Special Education, 23, 17–27.

471.Madsen , K.(1973). *Theories of motivation .In Wolman , B.(ed.), Handbook of general psychology (PP: 673 -706), Englewood Cliffs , NJ : Prentice-Hall.*
472.Maes, M. (2000). *Editorial: risk and preventive factors of post-traumatic stress disorder and its comorbid disorders. Current Opinion in Psychiatry 13, 587-589.*
473.Maes, M., Delmeire, L., Mylle, J.,& Altamura, C., (2001). *Risk and preventive factors of post-traumatic stress disorder ŽPTSD. alcohol consumption and intoxication prior to a traumatic event diminishes the relative risk to develop PTSD in response to that trauma. Journal of Affective Disorders , 63, 113-121.*
474.Magee , W.(1999). *Effects of negative life experience an phobia onset. Social Psychiatry and Psychiatric .Epidemiology , 34(7), 343-351.*
475.Mahendru , R., Srivastav , R., & Sharma, D.(1978). *Deafness and mental ill-health :A comparative study of deaf and non-deaf psychiatric patients. Maag, J. & Reid, R. (2006). Depression among students with learning disabilities: Assessing the risk. Journal of Learning Disabilities, 39, 3–10.*
476.Mahr , G., & Torosian , T., (1999)*Anxiety and social phobia .Journal of Fluency Disorders , 24, 119-126.*
477.Maier , K., Walelstein., S. & Synowski, S.(2003). *Relation of cognitive appraisal to cardiovascular reactivity affect and task engagement .Annals of behavioral .Medicine 26(1), 32-41.*
478.Mansdorf , , T.(1976). *Eliminating fear in a mentally retarded adult by behavioral hierarchies and operant techniques .Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology , 7, 189-190.*
479.Margalit , M., & Raviv, A.(1984). *Ld's expressions of anxiety in terms of minor somatic complaints .Journal of Learning Disabilities, 17, 226-228.*
480.Margalit , M., &Shalman , S.(1986). *Autonomy perceptions and anxiety expression of learning disabled adolescents. Journal of Learning Disabilities , 19, 291-293.*
481.Markowitz , A., & Nininger , B.(1984). *A case report of mania and congenital deafness , American Journal of Psychiatry, 141, 894-895.*
482.Marks, I.(1969). *Fears and phobias .London, Williams .*
483.Masellis ,M , Rector , N., & Richter , M.(2003). *Quality of life OCD: differential impact of obsessions compulsion and depression comorbidity . Canadian Journal of Personality , 48, 72-77.*
484.Masi , G., Favilla, L., Mucci , M.(1998).*Depressive disorder in children and adolescents. European Journal of Pediatric Neurology , 2(6), 287-295.*
485.Masi , G., Mucci, M., & Millepiedi, S.(2001).*Separation anxiety disorders in children and adolescents .CNS Drugs, 15, 92-104.*
486.Maslow, A (1968).*Toward a psychology of being .New York :Van Nostrand Reinhold.*
487.Maslow, A.(1970). *Motivation and personality. New York: Harper & Row.*
488.Mastro, J, French , R., Henschen , K., & Horvat , M.(1985). *Use of the state-trait anxiety inventory for visually impaired athletes .Perceptual and Motor Skills , 61, 775-778.*
489.Matese , A., Matson , J., &Sevib , J.(1994). *Comparison of psychotic and autistic children using behavioral observation .Journal of Autism and Developmental Disorders , 24, 83-94.*
490.Matson , D.(1981). *Assessment and treatment of clinical phobia in mentally retarded children.Journal of Applied Behavior Analysis, 14, 287-294.*
491.Matson , J., Loves, A.(1990). *A comparison of parent –reported fear for autistic and non-handicapped age –matched children and youth .Australian and New Zealand J of Developmental Disabilities , 16, 349-357.*
492.Matthews,C.,&Harrington , N.(2000). *Invisible disability .In Braithwaite , D., &Thompson , T.(eds.), Handbook of application (PP. 405-421), Mathwah , NJ: Lowrence Erlbaum.*

493.Mauser , A.(1974). Learning disabilities and delinquent youth (PP.91-102) in Betty Lou Kratoville (ed.), Youth in Trouble San Rafael , California.
494.Mazzulla , J.(1981). The relationship between locus of control expectancy and acceptance of acquired traumatic spinal cord injury .Unpublished master's thesis , East Carolina University , Greenville.
495.Mcdonald , G.,& Sheperd , G.(1976). School phobia an overview .Journal of School Psychology , 14(14), 291-306.
496.McFarlane, A., (2000). Posttraumatic stress disorder: a model of the longitudinal course and the role of risk factors .Journal of Clinical Psychiatry 61 ZSuppl 5., 15-23.
497.McGinn, L.(2000). Cognitive behavioral therapy of depression : theory , treatment and empirical status. American Journal of Psychotherapy , 54, 257-262.
498.Meadow K. (1981). Studies of behaviour problems of deaf children. In: Deafness and Mental Health ,Stein.,L. Mindel., E.& Jabaley,T.(eds.), (pp. 3-21). Grune and Stratton, New York, NY.
499.Meins , W.(1993). Prevalence and risk factors for depressive disorders in adults with intellectual disability .Australian &New Zealand Journal of Developmental Disabilities, 18, 147-156.
500.Mellsop, G.,& Varghesi, F.(1982).The reliability of Axis II of DSM-III. Am J Psychiatry, 139, 1360-1361.
501.Mendlowitz , S., Manassis , K., Bradley , S ., Scapillato, D., Miezitis , S., Shaw,B.(1999).Cognitive –behavioral group treatment in childhood anxiety disorders. The role of parental involvement .Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38, 1223-1229.
502.Menolascino,F.,Lazer , J.,& Stark , J.(1989). Diagnosis and management of depression and suicidal behaviour in persons with severe retarded .Journal of The Multihandicapped persons, 2, 89-103.
503.Menolascino , F., Levitas , A., Greiner , C.(1986). The nature and types of mental illness in the mentally retarded .Psycho Pharmacology Bulletin, 22, 1060-1071.
504.Merriam , E., Thase , M. , Haas , G., Keshavan , M., & Sweency , J. .(1999). Prefrontal cortical dysfunction depression determined by Wisconsin card sorting test performance .American Journal of Psychiatry , 156, 257-289.
505.Miles, L. & Wilson, M. (1977).High incidence of cyclic sleep/wake disorders in the blind. Sleep Research, 6, 192.
506.Miller , L., Barrett , C., & Hampe , E.(1974).Phobias of children in a prescientific era . in Davids , E.(ed.), Child personality and psychopathology .current topics (PP. 89-134).New York: Wiley.
507.Millon , T.(1981). Disorders of personality DSM-III axis II. New York, Wiley.
508.Millon , T., &Davis , R.(2000). Personality disorders in modern life .New York, john Wiley &Sons.
509.Mind, B., Culture, A., & Westen, D.(19960. Psychology. New York, John Wiely& Sons, Inc.
510.Miranti , S.,& Freedman , P.(1991). Effects on learning of relaxation training with mentally retarded adults, Paper president at the Annual Meeting of The Midwestern Psychological Association (56, Chicago , IT , May 3-5 .
511.MoEachin , J., Smith , T., Lovaas , O.(1993). Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment .American J An Mental Retardation , 97, 359-391.
512.Mombour , P., & Bronisch, T.(1998). The modern assessment of personality disorders. Psychopathology , 31, 274-280.
513.Moore,D., & Polsgrove , L.(1989). Disabilities developmental handicaps and substance misuse. A review Social Pharmacology 3(4), 375-408.

514.Moore, D. (1992) A regional survey of substance use among persons with disabilities: patterns, consequences, and implications for prevention activities. Dayton, Ohio, Sardi Project, Wright State University, School of Medicine.
515.Moran , P.(1999). The epidemiology of antisocial personality disorder .Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology , 34, 231-243.
516.Moran , P., Jenkins , R., Tylee, A., Beizard , R., &Mann , A.(2000). The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders .Acta psychiatrica Scandinavia , 102, 52-57.
517.Morgan , C., Roy , M., Chan , P.(2003). Psychiatric comorbidity and medication use in autism :A community survey .Psychiatric Bulletin , 27 , 378-381.
518.Morgan ,G., King , R., Weisz, J.,& Schopler, J. (1986). Introduction to Psychology ,. New York , McGraw –Hill Book Company.
519.Morris , R., &Kratochwill , T.(1983). Treating children's fears and phobias : A behavioral approach .New York: Bergman Press.
520.Morris , R., &Kratochwi ! . T.(1998). Childhood fears and phobias .in Morris , R. & Kratochwill , T.(eds.). The practice of child therapy , (PP.91-131), Allyn &Bacon.
521.Moser ,J ., Hajcak ,G, Robert , E., simons , A., Edna , B., & Foa , B.(2007).Posttraumatic stress disorder symptoms in trauma-exposed college students: The role of trauma-related cognitions, gender, and negative affect. Journal of Anxiety Disorders, 21 ,1039–1049.
522.Myers, D.(1995).Psychology, New York, Worth Publishers.
523.Myklebust , H., & Daigle , A.(1994).The psychology of deafness: sensory deprivation , learning and adjustment .New York : Grune and Stratton.
524.Naditch .M., Gargan, A., Gargan,A., &Michael, L.(1975) . Denial, anxiety, locus of control, and the discrepancy between aspirations and achievements as components of depression. Journal of Abnormal Psychology, 1975, 84, 1-9.
525.Neale , J., Davison , G., & Haaga , D., (1996). Exploring abnormal psychology , New York , John Wiley & Sons, Inc.
526.Nelipovich , M., Wengin, F., &Rossick, F.(1998). The Marco model :making substance abuse services accessible to people who are visually impaired .Journal of Visual Impairment and Blinds, 92(8), 567-570
527.Nelson , E., Bucholz, K., Glowinski, A., Madden , P., Retch, W.(2000). Social phobia in a population –based female adolescent twin sample: co-morbidity and associated suicide –related symptoms. Psychological Medicine 30(4), 797-804.
528.Neufeld , K., Swartz , K., Bienvenu , O., Eaton , W.,& Caig, A.(1999). Incidence of DIS/DSM-IV social phobia in adults .Acta Psychiatrica Scandinavica, 100, 186-192.
529.Newman , A., Enright , P.,& Manolio , T(1997). Sleep disturbance psychosocial correlates and cardiovascular disease in 5201 older adults: the cardiovascular health study .Journal of The American Geriatrics Society , 45:1-7.
530.Nezu , C., Nezu , A., Rothenberg , J., Dellicarpini, L., &Groag , I.(1995). Depression in adults with mild retardation , Are cognitive variables involved? Cognitive Therapy &Research , 19, 227-239.
531.Nezu,C., & Nezu , P .(1991) . Assertiveness And Problem- Solving Training For Mildly Mentally Retarded Persons With Dual Diagnosis . Research In Developmental Disabilities , 12 (4) , 371-386.
532.Nordahl ,J.,& Stiles ,S.(1997). Perception of parental bonding in patients with various personality disorder , lifetime depressive disorders and healthy controls. Journal of Personality disorders ,11(4),391-402.
533.Norton , P.& Drew , C.(1994). Autism and potential family stressors .The American Journal of Family Therapy , 22, 67-76.

534. Norton, K.(1992). Health of the nation :personality disorder. British Medical Journal, 304, 255-256.
535. Novosel, S.(1984). Psychiatric disorder in adults admitted to hospital for the mentally retarded handicapped .British Journal Subnormality, 30, 54-58.
536. Offer, D.(1969).The psychological world of the teen-ager :A study of normal adolescent boys .New York : Basic Books.
537. Ogborne, A.,& Smart, G.(1995). People with Physical Disabilities Admitted to a Residential Addiction Treatment Program. American Journal of Drug & Alcohol Abuse 21 (1),137-145.
538. Ohayon, M. M., & Shapiro, C. M. (2000). Sleep disturbances and psychiatric disorders associated with posttraumatic stress disorder in the general population.Comprehensive Psychiatry,41, 469–478.
539. Ojha H., &Singh, R.(1988).Childrearing attitudes as related to insecurity and dependence proneness. Psychological Studies, 33, 75-79.
540. Okasha, A (1977). Clinical Psychiatry. Cairo , General Egyptian Book Organization. ،
541. Oliviero ,A., Flavia ,C, Flavia .,& Paolo ,C.(1995). Sleep disorders in tuberous sclerosis: a polysomnographic study. Brain and Development, 17(1), 52-56.
542. Ollendick , T., & Ollendick, D.(1983). Anxiety disorders . In Matson, J.,& Barrett , R.(eds.), Psychopathology in the mentally retarded .PP77-120.New York, Grune & Stratton
543. Orlansky , H.(1949). Infant care and personality.Psychological Bulletin, 46, 1-48.
544. Osarchuk , M.(1973). Operant methods of toilet behaviour training of the severely and profoundly retarded .American Journal of Education, 7, 423-437.
545. Osborne , I.(1998). Tormenting thoughts and secret rituals .New Pantheon Books.
546. Öst, L. (1987). Age of onset in different phobias. Journal of Abnormal Psychology, 96, 223–229.
547. Öst, L. (1991). Acquisition of blood and injection phobia and anxiety response patterns in clinical patients. Behaviour Research and Therapy, 29, 323–332.
548. O'suilivan, G.(1996). Behavior therapy .in Dryden, W.(eds.), Handbook of individual therapy, London, Sage.
549. Pack R., Wallander, J., Browne , D.(1998). Health risk behaviors of African American Adolescents with mild mental retardation prevalence depends on measurement method .Ment Retard 102, 409-420.
550. Pakenham , K., Stwart , C.,& Rogers, A.(1997). The role of coping in adjustment to multiple sclerosis related adaptive demands. Psychology Health & Medicine, 2(3), 197-211.
551. Pallard, R. (1994). Public mental health service and diagnostic trends regarding individuals who are deaf or hard-ofhearing. Rehabilitation Psychology, 39, 147–160.
552. Paris , J., Zweig –frnk , H., Guzde, J.(1994). Risk factor for borderline personality in male outpatient .J.Nerv Ment Dis, 182, 375-380.
553. Parker ,G., Roussos ,J .,Hadzi- Pavlovic , D. Mitchell ,P Wilhelm ,K ., & Austin ,M.(1997). The development of a refined measure of dysfunctional parenting and assessment of its relevance in patients with affective disorder. Psychological Medicine, 27 (5), 1193-1203.
554. Parkin ,R. .(1997). Obsessive- Compulsive disorder in adults . International Review of Psychiatry ,73-83.
555. Patricia , L.(1959). Frustration reactions of physically handicapped children. Exceptional Children, 25(8), 355-357.
556. Patten, S.(2003).International differences in major depression prevalence : what do they mean. Journal of Clinical Epidemiology, 56,711-716.

557.Patten, S.(1999).Depressive symptoms and disorders , levels of functioning and psychosocial stress: an integrative hypothesis. Medical Hypotheses , 53(3), 210-216

558.Paul , P.(1993). Toward Psychology of deafness : Theoretical and empirical Perspective .Needham Heights , MA: Allyn & Bacon.

559.Perry , I.(1990). One more cup of coffee for the road. Nursing Times, 86, 62-64.

560.Peterson, C.(1997). Psychology. New York, Longman.

561.Phares , J.(1988). Clinical Psychology concepts , methods & profession , California, Brook , Cole Publishing Company ,

562.Phares, J., Ritchie, E., &Davis , W.(1968). Internal-external control and reaction to threat. Journal of Personality and Social Psychology, 1968, 10, 402-405

563.Pickersgill, M., Valentine, J., May , R.,& Brewin, C.,(1994). Fears in mental retardation part I , types of fears reported by men and women with and without mental retardation .Advances in Behaviour Research Therapy, 16, 277-296

564.Polimeni , M., Richdale , A., &Francis , A.(2005). A survey of sleep problems in autism , A sperger's disorder and typically developing children .J. Intell Disabil Res , 49, 260-268.

565.Pondillo, A, (1993). The effectiveness of group social skills training and residential staff facilitated homework assessing as a treatment for depression in Adults with mild Mental Retardation . DIS.ABST.INT, 54-07A, P.2537.

566.Porter , J.,& Rourke , P(1985). Socioemotional functioning of learning disabilities children a subtype analysis of personality patterns in Rourkep (ed.), essentials of subtype analysis (PP. 257-279), New York, Guilford Press.

567.Poznanski , E., Krahenbull , V.,& Zrull , J.(1976). Childhood depression :A longitudinal perspective .Journal of the American Academy of Child Psychiatry , 15, 491-501.

568.Puri, B., laking . P.,& Treasaden , I.(2002). Textbook of psychiatry . New York , Churchill Livingstone.

569.Quine , A.(1991). Sleep problems in children with severe mental handicap .Journal of Mental Deficiency Research , 35, 269-290.

570.Rachman , S ., & Shafran , R . (1999). Cognitive distortions: thought-action fusion. Clinical Psychology and Psychotherapy , 6 ,80-85.

571.Rachman, S.(2002).A cognitive theory of compulsive checking . Behaviour Research Therapy , 40,625-639.

572.Rainer , J., Altshuler , K., & Kallmann, F.(1963). Family mental health problems in a deaf population .Mental Hospital , 16(6), 170-172.

573.Rainer, J. & Altshuler, K. (1966). Comprehensive mental health services for the deaf. New York: Department of Medical Genetics, New York Psychiatric Institute, Columbia University.

574.Rainer, J.(1967). Diagnostic consideration in psychiatric work with the deaf .In Altshuler , K., & Rainer , J.(eds.), Psychiatry and The deaf , U.S. Department of Health , Education and Welfare , Social Rehabilitation Service, 85-94.

575.Rapee , R., & Spence , S.(2004). The etiology of social phobia :empirical evidence and an initial model .Clinical Psychology Review, 24, 737-767.

576.Rapin , I.(1991). Autistic children :Diagnosis and clinical features .Pediatrics , 87, 751-760.

577.Rapp, J., Vollmer , T., Hovanetz , A.(2005). Evaluation and treatment of swimming pool avoidance exhibited by an adolescent girl with autism .Behavior Therapy , 36, 101-105.

578.Ratey,J.,Sovner , R., Milkkelsen, E., &Chmielinski, H.(1989). Buspirone therapy for maladaptive behavior and anxiety in develop mentally disabled persons. Journal of Clinical Psychiatry, 50, 382-384.

579.Rees , L.(1993). Anew short textbook of Psychiatric, Egyptian Edition , Mass Publishing Co.
580.Reigier, D., Narrow, W.,& Rae, D.(1993). The de facto mental and addictive disorders service system .Archives of General Psychiatry, 50(2), 85-94.
581.Reiss , S.(1990). Prevalence of dual diagnosis in community –based day programs in the Chicago metropolitan area .American Journal of Mental Retardation , 94, 578-585.
582.Reiss , S.(1994). Handbook of challenging behavior :mental health aspects of mental retardation , Worthington OH, IBS Publishing.
583.Reiss, R.(1993). Assessment of psychopathology in person with mental retardation .In Matson , J.,& Barrett, R.(eds.), Psychopathology in the Mentally Retarded, (PP. 17-40), Boston: Allyn & Bacon.
584.Reiss, S.(2000). A mindful approach to mental retardation .Journal of Social Issue , 56(1).65-80.
585.Remving , J.(1969). Deaf mutes mental illness(a longitudinal study) Acta Psychiatrica Scandinavica. 210, 65-85.
586.Rheaume , J ., Ladouceur , R ., Freeston , M.(2000). The prediction of obsessive-compulsive tendencies : does perfectionism play a significdnt role? Personality and Individual Differences , 28,583-592.
587.Richdale , Gavidia –Payne, S., Francis , A., &Cotton , S(2000). Stress , behaviour and sleep problems in children with intellectual disability .Journal of Intellectual and Developmental Disability, 25, 147-161.
588.Richdale , L.(2001). Sleep in children with autism and Asperger syndrome .in Stores ,A. &Wiggs, L.(ed.), Sleep disturbance in children and adolescent with disorders of development its significance and management (PP.181-191), Mac Keith Press .London .
589.Robertson , M.(2006). Mood disorders and Gilles de la Tourette's syndrome: An update on prevalence etiology , comorbidity , clinical association and implications. Journal of psychosomatic research, 61,349-358.
590.Robinson, L. (1978). Sound minds in a soundless world (DHEW Publication No. ADM 77-0560). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
591.Rojah , J., Borthwick- Duffy , S.,& Jacobson, J.(1993). The association between psychiatric diagnosis and severe behavior problems in mental retardation. Annals of Clinical Psychiatry , 5, 163-170.
592.Rola, J.(1996). Depressive disorders in mentally retarded children , A review of selected literature, Psychiatria –Polska , 30(2), 201-210.
593.Ronningstam , E. Gunderson , J., Lyons , M.(1995). Changes in pathological narcissism .American Journal of Psychiatry , 152, 253-257.
594.Rosenbaum, M., & Raz, D.(1977). Denial locus of control and depression among physically disabled and nondisabled men .Journal of Clinical Psychology , 33(3), 672-676.
595.Rosenhan ,D., & Seligman , M.(1989). Abnormal psychology , New York , Norton &Company .
596.Ross, E., & Oliver, C.(2003). The assessment of mood in adults who have severe or profound mental retardation . Clinical Psychology Review , 23(2), 225-245.
597.Rowa , K ., & Purdon , C .(2003). Why are certain intrusive thoughts more upsetting than others? Behavioural and cognitive psychotherapy , 18(1) , 43-52.
598.Rubin S. , Rimmer J. Chicoine B., Braddock D. & McGuire D. (1998) Overweight prevalence in persons with Down syndrome. Mental Retardation 36, 175-182.
599.Russell , A.,& Tanguay, P.(1981). Mental illness and mental retardation ; course or coincidence ? American Journal of Mental Deficiency , 85, 570-574.
600.Russell,O.(1985) .Mental handicap , London , Churchill Livingstone .

601.Rutter,M.(1977). Some psychological concomitants of chronic bronchitis .Psychological Medicine , 7, 459-466.
602.Rutter , M., Tizard , J., Yule , W ., Graham , P., & Whitmore , K.(1976). Research report :Isle of Wight studies , 1964-1974. Psychological Medicine , 6, 313-332.
603.Rutter, M., Graham, P., Yule, W.(1970-B) A neuropsychiatric study in children , Clinic in Developmental Medicine , 35/36, Spastics International Medical Publications
604.Rutter, M., Tizard, J.,& Whitmore, T.(1970-A). Education , health and behavior .Longman, London.
605.Sacco , W., & Beck, A.(1985).Cognitive therapy of depression .In Beckham,E., & Lebe, W.(eds.), Handbook of Depression :treatment assessment and research Illinois :Dorsey Press
606.Sadock , P.,& Sadock , V.(2003). Kaplan& Sadock's synopsis of psychiatry , behavioral science /clinical psychiatry. New York , Lippincott Williams& Wilkins.
607.Sadock , P.,& Sadock , V.(2008). Kaplan& Sadock's concise textbook of clinical Psychiatry . New York , Lippincott Williams& Wilkins.
608.Safren , S., Gershung , B., Marzol , P.(2002). History of childhood abuse in panic disorder, social phobia and generalized anxiety disorder .Journal Nerv Ment Dis, 190, 453-456.
609.Salekin , R., Rogers, R., &Sewell , K.(1997). Construct validity of psychopathy in a female offender sample :Amultitrait –multimethod evaluation .Journal of Abnormal Psychology , 106, 576-585.
610.Salkovskis , P ., Shafran , R ., Rachman , S ., & Freston , M . (1999). Multiple path ways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implication for therapy and research . Behaviour Research and therapy , 37 , 1055 -1072.
611.Salokangas, K.,& Poutanen , O.(1998). Risk factor for depression in primary care. Journal of Affective Disorders, 48(2-3),171-180.
612.Salovilita , T.(2002).Dry bed training method in the elimination of bed-wetting in two adults with autism and severe mental retardation .Cognitive Behaviour Therapy , 31(3), 135-140.
613.Samuel , W.(1981). Personality. New York , McGraw-Hill Book Company.
614.Sansone , R., Rytwinski, D., Gaither, E.(1999). Borderline personality and psychotropic medication prescription in an outpatient psychiatry clinic .Comprehensive Psychiatry , 44(6), 454-458.
615.Santmire , T.(1990). Understanding gifted adolescents: Another legacy of leta stetter Holingworth .Roaper Review , 12, 188-192.
616.Sarafinc, E.(1986). Fears of childhood : A guide to recognizing and reducing fears states in children.New York, human sciences press
617.Sasson , N., Tsuchiya , N, Hurley , R., Couture , S ., Penn, D., Adolphs , R., Piven, J.(2007). Orienting to social stimuli differentiates social cognitive impairment in autism and schizophrenia .Neuropsychologia , 45 , 2580-2588
618.Schauer , G.(1976). Emotional disturbance and giftedness .Gifted Child Quarterly , 20, 471.
619.Schlesinger, H. S., & Meadow, K. P. (1972). Sound and sign: Childhood deafness and mental health. Berkley, CA: University of California Press.
620.Schullz , P. , & Searleman , A .(2002). Rigidity of thought and behaviour : 100 years of research .Generic , Social & General Psychology Monographs , 128 (2), 165 – 207.
621.Scott, K.,& Carran , D.(1987). The epidemiology and prevention of mental retardation .American Psychologist , 42(8), 801-804.
622.Seligman , L.(1998). Selecting treatments a comprehensive , systematic guide to treating mental disorders .San Francisco, Jossey –Bass Publishers.

623.Seligman , M.(1971). Phobias and preparedness .Behavior Therapy , 2, 307-320.
624.Shashi , K., Bhatia , M ., Subhash, C. Bhatia, M.(2007). Childhood and adolescent depression,American Family Physician ,75,(1), 73 -80.
625.Shesell, I., & Reiff, H. (1999). Experiences of adults with learning disabilities: Positive and negative impacts and outcomes. Learning Disabilities Quarterly, 22, 305–316.
626.Shiner , R. , & Marmorstein, N.(1998). Family environments of adolescents with lifetime depression : associations with maternal depression history .Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry , 37, 1152-1160.
627.Short , A., &Carpenter , P.(1998). The treatment of sleep disorders in people with learning disabilities using light therapy. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice ,2(2),143-145.
628.Shukla , T., & Khoche , V. (1974). A study of adjustment problems of mentally retarded children. Indian Journal of Mental Retardation , 7(1), 4-13.
629.Simeon , J., Milin , R ., & Walker, S.(2002). A retrospective chart review of risperidone use in treatment resistant children and adolescents with psychiatric disorders. Prog-Neurospchopharmacol , Biol , Psychiatry, 26(2), 267-275.
630.Siperstein , G.,& Leffert, J.(1997). Comparison of socially accepted and rejected children with mental retardation .American Journal of Mental Retardation , 101(4), 339-351.
631.Slavney , P ., &Mchugh , P.(1974). Hysterical personality : A controlled study :Archives of General Psychiatry , 30, 325-329.
632.Smith , J., & Krjci , J.(1991). Minorities join the majority : eating disturbances a among Hispanic and native American Youth .International Journal of eating .
633.Soloff , P(1998). Symptoms –oriented psychopharmacology for personality disorders .Journal practical,10, 20-23.
634.Solomon, Z., (1995). The effect of prior stressful experience on coping with war trauma and captivity. Psychological Medicine 25, 1289 –1294.
635.Somers , V.(1994). The influence of parental attitudes and social environment on the personality development of the adolescent blind .New York , American foundation for the blind.
636.Sovner , R.(1986).Limiting factors in the use of DSM-III with mentally retarded person's .Psychopharmacology Bulletin, 22, 1054-1055.
637.Sperry , L.(1995). Personality disorders .in Sperry ., &Carlson , I.(eds.), Psychopathology and psychotherapy from DSM-IV diagnosis to treatment (PP: 279-336), Washington D.C.
638.Spreen , O.(1988). Learning disabled children growing up A follow –up into Adulthood ,New York. Oxford University Press.
639.Stack, H., Haldipur, C.,& Thompson, M.(1987). Stressful life events and psychiatric hospitalization of mentally patients .American Journal of Psychiatry , 144, 661-663.
640.Stahl , S.(2000). Essential psychopharmacology , neuroscientific basis and practical applications . Cambridge , university Press
641.Stein , M., Walker, J., Anderson , G. Hazen , A., Ross , C., & Eldridge , G.(1996). Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample .American Journal of Psychiatry , 153(2), 275-277.
642.Stein, M., Walker, J. & Forde, D. (2000). Gender differences in susceptibility to posttraumatic stress disorder. Behavior Research and Therapy, 38, 619–628.

643.Stephens, D., Atkinson , M., Day, D.(1975). Psychiatric morbidity in parents and siblings of schizophrenia and nonschizophrenics. Br J Psychiatry , 127(97).
644.Sternlicht , M.(1979). Fears of institutionalized mentally retarded adults .Journal of Psychology, 101, 67-74.
645.Stevens , S., Steele , C., Jntai ,J., Kalnins , I., Bortolussi , J., & Biggar , W.(1996).Adolescents with physical disabilities : Some Psychosocial aspects of health .Journal of adolescent health , 19 , 157-164.
646.Stewart , S., Geller , D., Jenike , M., Paula , D., Shaw , D., Mullin , B.(2004). Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder :a meta-analysis and qualitative Review of the Literature .Acta Psychiatrica Scandinavica, 110, 4-13.
647.Stores , G.(1992). Annotation :sleep studies in children with a mental handicap .Journal of Child Psychology and psychiatry , 33 , 1303-1317.
648.Strauss , C.(1994). Overanxious disorder .in Ollendick , T., King , N., &Yule , W.(eds.), International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents (PP. 187-206), New York, Plenum Press.
649.Strinson , F., Dawson , D., Goldstein , R., Chou , S., Huand , B., Smith , S., Ruan , A., &Grant , S.(2008). Prevalence correlates , disability and comorbidity of DSM-IV narcissistic personality disorder. Esults from the wave 2 national epidemiologic survey on Alcohol and related Condition. Journal of Clinical Psychiatry , 69, 1033-1045.
650.Strong , S.(1998).Sentenced to care .Nursing times , 94, 26-29.
651.Sullivan, P., Neale, M .& Kendler , K.(2000). Genetic epidemiology of major depression : review and meta-analysis: American Journal Psychiatry, 157,1552-1562.
652.Susan , A., & Daniel , D.(1975). Treatment of childhood encopresis : full cleanliness training .Mental Retardation , 13 (6), 14-16.
653.Sverd, J. (2003). Psychiatric disorders in individuals with pervasive developmental disorder. Journal of Psychiatric Practice, 9, 111–
654.Svetaz, M., Ireland, M., & Blum, R. (2000). Adolescents with learning disabilities: Risk and protective factors associated with emotional wellbeing: Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. Journal of Adolescent Health, 27, 340–348.
655.Swedo , S., Rapoport , J., Learnard , H., Lenane , M., Cheslow , D.(1989). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: clinical phenomenology of 70 consecutive cases .Archives of General Psychidtry , 46, 335-341.
656.Swedo, S.(2002). Pediatric autoimmune neuropsychiatry disorders associated with streptococcal infection. Molecular Psychiatry, S24-S25.
657.Szechtman , H., & Woody , E .(2004). Obsessive – compulsive disorder as a disturbance of security motivation . Psychological Review , 111 , 111 -127.
658.Szymanski , L .(1988). Integrative approach to diagnosis of mental retardation disorders in retarded persons .In Stark , J., Menolascino , J., Albardli , A.,& Gray , V.(eds.).Mental retardation and mental health :classification diagnosis , treatment , service (PP. 124-139).New York: Springer. Verlag.
659.Szymanski , L ., & king , B .(1999) . Practice Parameters for The Assessment And Treatment of Children , Adolescent And Adults With Mental Retardation And comorbid Mental Disorders . American Academy of a child And Adolescent Psychiatry working group on quality Issues . Journal of The American Academy of Child And adolescents Psychiatry , 38 (12) , 55-315.
660.Szymanski , L.,& Crocker , A.(1989). Mental retardation .In Kaplan , H., & Sadock, B.(eds.), Comprehensive textbook of Psychiatry /V. Baltimore: Williams & Wilkins.

661. Szymanski, L., & Wilska, M.(1997). Mental retardation. in Tasman, A., Kay, J., & Lieberman, J.(eds.), Psychiatry. Philadelphia, Saunders Company.
662. Tabandeh, H., Lockley, S., Skene, D., Bird, A. C., Arendt, J., & Defrance, R. (1995). Disturbances of sleep in blindness. Investigative ophthalmology and Visual Science, 36, S533.
663. Tasman, A., Kay, J., & Lieberman, J.(1997).Psychiatry .Philadephia, W. B. saunders Company.
664. Taylor, C.,& Arnow, B.(1988). The nature and treatment of anxiety disorders, New York, Macmillan, Inc.
665. Thomas, A.(1997). Hoarding :eccentricity or pathology :When to intervene? Journal of Gerontology Social Work, 29(1), 45-55
666. Thompson, G., Gardner, E., & Di Vesta, F.(1959). Educational Psychology .New York, Appleton-Century –Crofts.
667. Thomson, L., Bogue, J, Humphreys, M., Owens, D., &Johnstone, E.(1997). The state hospital survey : A description of psychiatric patient in conditions of special security in Scotland .Journal of Forensic Psychiatry, 8, 263-284.
668. Tippey, J.(2006). Utilizing the American fear survey schedule for children (Fss-Am), with gifted children .PHD Unpublished, University of Alabama.
669. Tomb, A. (1995).Psychiatry. Baltimore, Williams & Wilkins.
670. Torgersen, S., Kringlen, E.& Cramer, V.(2001).The prevalence of personality disorders in a community sample .Archives of General Psychiatry, 58(6), 590.
671. Trieschmann, R. (1980). Spinal cord injuries: Psychological, social, and vocational adjustment. Elmsford, NY: Pergamon.
672. Trieschmann, R. (1988). Spinal cord injuries: Psychological, social, and vocational rehabilitation (2nd ed.). New York: Demos.
673. Tröster H, Brambring M,& van Der Burg J.(1995) Sleep disorders in visually handicapped children in infancy and preschool age. Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie [Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr] 44 (2), 36-44.
674. Turner O., Windfuhr K.,& Kapur N.(2007). Suicide in deaf populations: a literature review. Annals Of General Psychiatry 2007, Vol. 6, PP. 26.
675. Turner, R. & Beiser, M. (1990). Major depression and depressive symptomatology among the physically disabled. Journal of Nervous and Mental Disease, 178, 343–350.
676. Tyrer, P.(2004). Personality Disorders .Medicine, 32, 26-28.
677. Uhlig, G., Trotter, A., Gozali, J., Tesch, M.(1970).Self-actualization in hospitalized disabled and non-hospitalized adults as measured by the personal orientation inventory. Psychology Aspects of Disability, 17(2), 83-85.
678. Vallone, J.(2005).Social problem solving in children with Down Syndrome .PHD, University of California, Los Angeles
679. Van an Den ,T., Didden, D .,& Korzilius, H.(2009). Effects of personality disorder and other variables on professionals' evaluation of treatment features in individuals with mild intellectual disabilities and severe behavior problems. Research in Developmental Disabilities 30(3) 547-55.
680. Van De Wege, A., & Vandereycken, w.(1995).Eating disorders and "blindness" in clinicians .special issues body experience ,Eating Disorders : The Journal of Treatment and prevention, 3, 187-191.
681. Vandenberg, B.(1993). Fears of normal and retarded children, Psychological Reports, 72(2), 473-474.
682. Vandereycken, W.(1986)Anorexia nervosa and visual impairment .Comprehensive Psychiatry, 27, 545-548.
683. Veiel, H .(1997).A preliminary profile of neuropsychological deficits associated with major depression J.Clin Exp Neuropsycholo, 19,587-603.

684. *Vernon , M. ,&Miler, K.(2001). Linguistic in competence to stand trial :A unique condition in some deaf defendants .Journal of Interpreting , Millennial Education , 99-120.*
685. *Vernon, M.(1996). Deaf people and the criminal justice system .A deaf American Monograph ,46(149-153).*
686. *Vinnars, B., Barber, J., Noren, K., Gallop, R., & Weinryb R. (2005). Manualized supportive-expressive psychotherapy versus nonmanualized community-delivered psychodynamic therapy for patients with personality disorders: Bridging efficacy and effectiveness. American Journal of Psychiatry, 162, 1933-190.*
687. *Vitiello, B., Spreat , S, Behar, D.(1989)..Obsessive compulsive in mentally retarded patients. Journal of Mental and Nervous Disease, 177, 232-235*
688. *Vitousek , K.,& Hollson , S.(1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorder. Cognitive Therapy and Research, 14, 191-214.*
689. *Voelker , R., Goldsmith, M.(2002). Putting mental retardation and mental illness on health care professionals ,JAMA, 288(4),433-436.*
690. *Volkmar , F., Cohen , D.(1991). Comorbid association of autism and schizophrenia .American Journal of Psychiatry , 148, 1705-1707.*
691. *Wacker , H., Muhejans, R., Klein , K., Batlegay R.(1992). Identification of cases of anxiety disorders and affective disorders in the community according to ICD-10 by using the composite interactions diagnostic interview CIDI .International of Journal of Methods in Psychiatric Research, 2, 91-100.*
692. *Waldinger , R.(1990). Psychiatry for medical students , American Psychiatric Press.*
693. *Wallace , A.,& Mcloughlin , J.(1975). Learning disabilities : concepts and characteristics. Ohio :Charles E, Merrill Publishing .*
694. *Wallander , J., Varni , J., Babani , L., Banis, H., Dehaan , C., & Wilcox , K.(1989). Disability parameters , chronic strain and adaptation of physically handicapped children and their mothers .J of Pediatric Psychology, 14, 23-42.*
695. *Walters . A. (2000). Suicidal behavior in children and adolescents with mental retardation .Research in Developmental Disabilities, 16 (2),85-96.*
696. *Walters , A. Burrett, R. , Knapp , L., & Borden , M.(1995). Suicidal behavior in children and adolescents with mental retardation .Research in developmental Disabilities , 16(2), 85-96.*
697. *Walters , R.(1990). Suicidal behaviour in severely mentally handicapped patient .Journal of Psychiatry , 151, 444-446.*
698. *Waren , M., Rubenowitz , B., Runsen , I., Skoog , K., Wilhelmson , P.& Allebeck, P.(2002). Burden of illness and suicide in elderly people :case control study . British Medical of Journal , 8, 324.*
699. *Warfield, M.,& Hauser-Cram, P.(1996). Child care needs, arrangements and satisfaction of mothers of children with developmental disabilities. Mental Retardation , 34(5), 294-302.*
700. *Weisse , D.(1990). Gifted adolescents and suicide .The School Counselor , 37, 351-358.*
701. *Weissman , M., & Klerman , G.(1993). Depression : recent research and clinical advances .In Klerman , G.,& Weissman , M.(eds.), New applications of interpersonal Psychological Therapy , American Psychiatric Press, Inc*
702. *Weissman , M., &Myers , J.(1978). Affective disorders in A US urban community the use of research diagnostic criteria in an epidemiological survey .Archives of General Psychiatry , 35, 1304-1311.*
703. *Weller , C., & Strawser, S.(1981). Adaptive behavior of subtypes of learning disabled in individual .The Journal of Special Education , 21(1), 101.*
704. *Werry , J.,& Wollersheim, J.(1991). Behavior therapy with children and adolescents a twenty –year overview , in Chess , S., & Hertzig , M.(eds.),*

Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development (PP.413-447), New York , Brunner/Mazel Publishers.

705. *Wever, C., &Rey , M.(1997). Juvenile obsessive –compulsive disorder .Australian and New Zealand Journal of Psychiatry,31,105-113.*
706. *Widiger , T., &Mullins- Swealt , S.(2008). Personality disorders in psychiatry .New York, John Wiley.*
707. *Wilhelm , J.(1989). Fears and anxiety in low vision and totally blind children .Education of the Visiually Handicapped XX, 163 -172.*
708. *Williams, G., Lonnie , L., Sears, L.,& Annamary , A.(2004). Sleep problems in children with autism .Journal of Sleep Research, 13, 265-268*
709. *Wincze , J., Steketee ,G., & Frost , R. (2007) Categorization in compulsive hoarding .Behaviour Research and Therapy,45(1),63 -72.*
710. *Wolpe , J.(1990). The practice of behavior therapy , New York , Pergaman Press.*
711. *Wortman, C., & Silver, R. (1987). Coping with irrevocable loss. In G. Vanden Bos & B. Bryànt (Eds.), Cataclysms, crises, and catastrophes: Psychology in action (pp. 189–235). Washington, DC: American Psychological Association.*
712. *Wozniak , J., & Biederman , J.(1997).Mania in children with PDD.J An Acad Child Adolescent Psychiatry, 36, 1646-1647.*
713. *Wrigh, B.(1960). Physical disability :A psychological approach .New York :Harper and Row.*
714. *Wright, G., Parker , J., Smarr, K., Schoenfield –Smith , K.(1996). Risk factors for depression in rheumatoid arthritis .Arthritis and Research, 9, 264-272.*
715. *Yalom , I.(1995). The theory and practice of group psychotherapy :New York: Basic Books, Inc.*
716. *Zaider, T., & Heimberg, R. (2003). Non-pharmacologic treatments for social anxiety disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica (Suppl.), 72-84.*